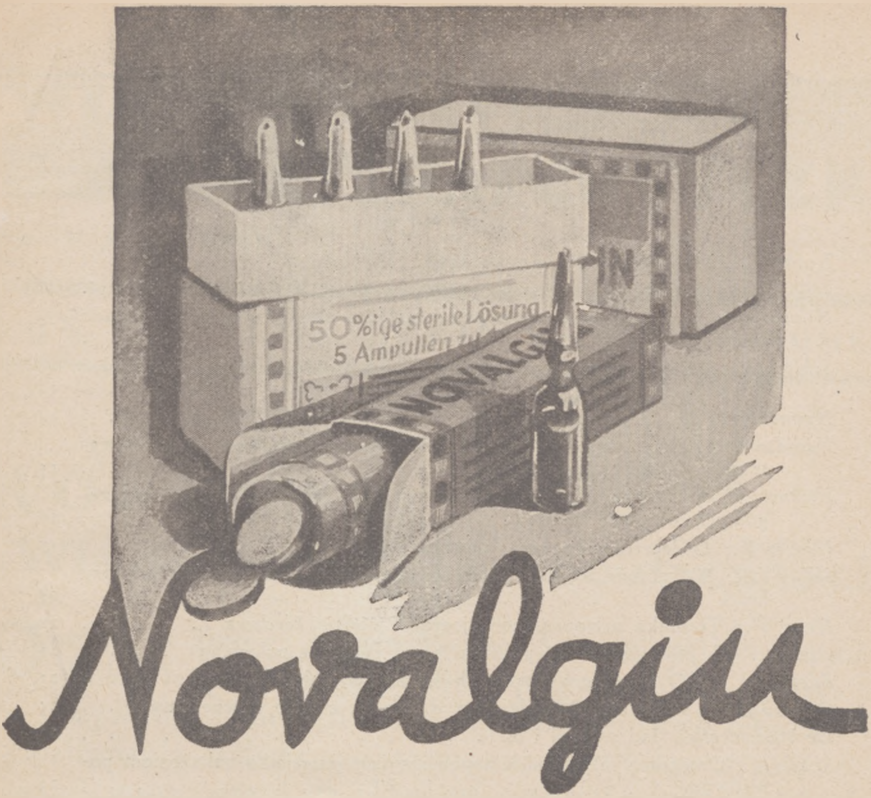
Wiadomości Terapeutyczne

Nr. 1

1933



ANALGETICUM
ANTIRHEUMATICUM
ANTIPYRETICUM
dla stosowania doustnego i pozajelitowego.

NOVALGINA wyróżnia się wybitnem działaniem przeciwzapalnem i tak silnem działaniem przeciwbólowem i przeciwneuralgicznem, że częstokroć może zastąpić wstrzyknięcie morfiny.

Obniżenie gorączki pod wpływem **NOVALGINY** jest pewne i długotrwałe.

NOVALGINA okazuje wprost swoisty wpływ leczniczy nawet na najcięższe postacie gośćca wielostawowego.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Rurki po 10 tabletek á 0,5 g zł. 4.—.

Dla stosowania pozajelitowego: roztwór 50%-owy—5 amp. po 1 cm³ zł. 5.15
10 „ „ 1 „ „ 7.60
5 „ „ 2 „ „ 7.60
10 „ „ 2 „ „ 13.55

»Bayer-Meister Lucius« BAYER M L & B LEVERKUSEN a. Rh.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, Hipoteczna 5, skrzynka pocztowa 748.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK STYCZEŃ — LUTY

ROK V 1933 NUMER 1

KONKURS
„Wiadomości Terapeutycznych"

Omnadina firmy „Bayer-Meister Lucius" zalicza się już od kilku lat do szeregu tych wypróbowanych leków, które pozyskały sobie całkowite zaufanie polskich lekarzy. Dla umożliwienia stałego zaopatrywania polskiego rynku w ten wartościowy preparat, Departament Zdrowia udzielił na podstawie koncesji firmie Dr. K. Wenda prawo wytwarzania Omnadiny w Warszawie ściśle według oryginalnych przepisów I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft.

Prawie we wszystkich krajach ukazały się już liczne prace o stosowaniu Omnadiny w różnych chorobach zakaźnych. Prace natomiast autorów polskich, zajmujących się tem zagadnieniem, należą do rzadkości. Z tego względu redakcja „Wiadomości Terapeutycznych" postanowiła ogłosić konkurs z nagrodami pieniężnemi i zaprasza niniejszem swych czytelników do wzięcia udziału w konkursie. Ogólna wysokość nagród wynosi 6.000 (sześć tysięcy) złotych.

Zastosowane w porę skuteczne leczenie chorób zakaźnych ma dla lekarza-praktyka bardzo duże znaczenie i wzbudza powszechne zainteresowanie naukowe.

Wiadomo, że ustalenie ścisłego rozpoznania na początku choroby przy pierwszych nieokreślonych jeszcze objawach, jest przeważnie rzeczą bardzo trudną. Częstokroć pozostaje-

my w niepewności, jaka choroba rozwinie się w danym przypadku. Lekarze odczuwali potrzebę posiadania nieswoistego preparatu, któryby możliwie szybko uruchamiał i wzmagał siły obronne ustroju; zastosowanie swoistych surowic lub szczepionek nie daje się odrazu przeprowadzić, gdyż wymaga dokładnego ustalenia zarazka chorobotwórczego.

Wykrycie nieswoistych sił obronnych, właściwych każdemu ustrojowi, jest zasługą profesora *Mucha*. Według prawa antygenów częściowych każdy czynnik chorobotwórczy wywiera swój szkodliwy wpływ na organizm zapomocą różnych związków i przeciwko każdemu z tych związków (antygenów częściowych) wytwarzają się odpowiednie przeciwciała (przeciwciała częściowe). Najważniejszemi antygenami częściowemi są związki białkowe, tłuszczowe i lipoidowe. W ten sposób powstała myśl wytworzenia szczepionki, któraby zawierała w sobie wszystkie związki, obdarzone powyższem działaniem antygenowem, nie będąc jednak nastawioną na jakikolwiek swoisty czynnik chorobotwórczy. Po długich i żmudnych badaniach udało się profesorowi *Muchowi* zapomocą specjalnego sposobu postępowania wytworzyć pełnowartościową nieswoistą szczepionkę uodporniającą, którą nazwano Omnadiną.

Wieloletnie spostrzeżenia praktyczne nad stosowaniem Omnadiny wykazały w sposób przekonywujący nadzwyczajną skuteczność tego preparatu i to zwłaszcza w tych przypadkach, w których zastosowano ją dostatecznie wcześnie na początku chorób zakaźnych lub tak zwanych „chorób z zaziębienia".

Omnadina posiada bardzo rozległy zakres wskazań i z tego względu ważnem jest uzyskanie możliwie obszernego piśmiennictwa, opartego na ścisłych i bezstronnych spostrzeżeniach kazuistycznych. „Wiadomości Terapeutyczne", które ogłosiły już kilka przyczynków do stosowania Omnadiny, postawiły sobie za zadanie wciągnięcie również i polskich lekarzy do pracy nad wzbogaceniem piśmiennictwa światowego o Omnadinie.

Warunki Konkursu:

1) Uprasza się P.P. Lekarzy, którzy nie otrzymywali dotychczas „Wiadomości Terapeutycznych", aby zażądali od Redakcji regularnego przysyłania Im naszego pisma. Do wzięcia udziału w konkursie są uprawnieni wszyscy lekarze Polacy, zapisani na liście abonentów „Wiadomości Terapeutycznych".

2) Prace konkursowe powinny omawiać zastosowanie lecznicze Omnadiny i opierać się na spostrzeżeniach praktycznych. Pierwszeństwo mają poważne prace naukowe, któreby w możliwie jasny sposób opisywały działanie Omnadiny w jednym lub kilku zakresach wskazań do jej stosowania.

3) Prace powinny być napisane na maszynie na jednej stronie arkusza i rozmiar ich nie powinien przekraczać 6 stronic „Wiadomości Terapeutycznych". Tablice, krzywe gorączkowe i t. d. liczy się oddzielnie.

4) Prace należy nadsyłać do Redakcji „Wiadomości Terapeutycznych", Warszawa, Hipoteczna 5, z zaznaczeniem na kopercie: „Konkurs na pracę o Omnadinie". Na stronie tytułowej pracy należy umieścić swe godło. Jednocześnie z pracą konkursową należy przesłać w zamkniętej kopercie, na której również zaznaczono godło, swe nazwisko i dokładny adres.

5) Konkurs zostaje zamknięty 1 lipca 1933 r. Tytuły przesłanych prac będą ogłaszane w „Wiadomościach Terapeutycznych", co będzie jednocześnie dla autorów potwierdzeniem odbioru.

6) Za najlepsze prace zostaną przyznane następujące nagrody:

I	nagroda	— 3.000	złotych
II	„	2.000	„
III	„	1.000	„

„Wiadomości Terapeutyczne" zastrzegają sobie prawo nabycia 10 dalszych kolejno najlepszych prac za wynagrodzeniem autorskiem po 250 zł. Pozostałe prace będą autorom zwrócone i pozostają ich własnością.

7) Wynik konkursu zostanie ogłoszony w listopadowym numerze „Wiadomości Terapeutycznych" 1933 r. Konkurs oraz rozdanie nagród nastąpi bezwzględnie w przewidzianym terminie bez jakichkolwiek zastrzeżeń.

8) Nagrodzone prace stają się własnością „Wiadomości Terapeutycznych", które je będą ogłaszać. Prace nie mogą być przedtem publikowane w innych pismach.

9) Bezpłatne próbki Omnadiny dla przeprowadzenia badań w związku z Konkursem zasadniczo nie będą udzielane.

Redakcja
„Wiadomości Terapeutycznych"

Prof. dr. W. HÜLSE, Klinika chorób wewnętrznych Uniwersytetu w Halle n. S.

LECZENIE PRAGNIENIA.

(Referat według Fortschr. d. Therapie, 1932, z. 12).

Wrażenie pragnienia powstaje wskutek zwiększenia się ciśnienia osmotycznego krwi, czyli przy stracie wody. W klinice najczęstszą przyczyną pragnienia bywa utrata wody w nieżytach kiszkowych, w cholerze, w obrzękach sercowych i nerkowych, wodobrzuszu, znacznych krwotokach, gorączce, cukrzycy i moczówce prostej, następnie w zaburzeniach w przyjmowaniu wody, jak np. zwężenie przełyku, wpustu, odźwiernika, kiszek cienkich, w ostrych nieżytach żołądkowych, atonji żołądka i częstych wymiotach. Pragnienie może wreszcie powstawać wskutek zwiększenia się ilości osmotycznie czynnych związków, jak np. w niedomodze nerek i zastoju moczu, w śpiączce cukrzycowej i wreszcie przy tak zwanej diecie suchej.

Zahamować utratę wody w biegunkach, zwłaszcza w pierwszym okresie, jest przeważnie trudno, gdyż należy przedewszystkiem usunąć z przewodu pokarmowego zarazki chorobotwórcze, co nie pozwala na zastosowanie środków wstrzymujących. Można natomiast spróbować wyciągów z tylnego płata przysadki, np. Hypophysinę. Hülse stosuje wapń w postaci wody wapiennej 3 — 6 razy dziennie po 1 łyżce stołowej; w ciężkich przypadkach wstrzykuje się wapń dożylnie. W późniejszych okresach biegunki można już stosować środki wstrzymujące. Zwiększenie podawania płynów przy znaczniejszych utratach wody nie jest zwykle w stanie pokryć niedobór wody. Również i podskórne wlewania roztworu Ringera w ilości około 500 cm^3 nie dają naogół większych wyników. Podawanie wody doustnie oraz kroplówki niezawsze są możliwe do wykonania; uprzednie podanie 20 kropel Tincturae opii, wzgl. dodatek opjum do kroplówki umożliwia dłuższe zatrzymanie lawatywy. Silniejsze pragnienie przejawia się, nie mówiąc o podmiotowem uczuciu pragnienia, przedmiotowo w wysychaniu skóry i języka, w zmniejszeniu ilości moczu, zagęszczeniu krwi, którego dowodem jest zwiększenie się ilości krwinek i w szybkiem osłabieniu ogólnem. W przypadkach takich nie wolno zwlekać z pozajelitowem dostarczeniem płynu. Wobec tego, że wstrzykiwania podskórne są bardzo bolesne, Hülse radzi stosować wlewania dożylne. Zależnie od stopnia wyschnięcia autor stosuje codziennie 1 — 3 dożylnych wlewań po 1 litrze. Wstrzykiwać należy powoli i pod słabem ciśnieniem. W przypadkach ciężkich można ponadto stosować wlewania podskórne i próbować, jeśli to możliwe, podawać wodę per os i per rectum, gdyż w okresie ostrym los chorego zależy w znacznym stopniu od ustrojowej zawartości wody. Wstrzykuje się zwykle roztwór Ringera lub Normosal, ew. z dodatkiem niewielkiej ilości cukru gronowego. Do wstrzykiwań dożylnych wskazanem jest dodawać nieco żelatyny, gdyż zwykle roztwory solne jedynie krótko pozostają w obiegu krwi. Natomiast dodatek koloidów utrzymuje wodę w krwiobiegu przez czas dłuższy.

Jak już wspominaliśmy, również i przesięki do tkanek i do jam surowiczych oraz wysięki w sprawach zapalnych w opłucnej i otrzewnej mogą odbierać wodę ze krwi. Z tego właśnie powodu chorzy z obrzękami sercowemi i nerkowemi skarżą się stale na pragnienie, pomimo znacznej obfitości zatrzymanej w ich ustroju wody. Jeżeli pozwolić takim chorym pić bez żadnych ograniczeń, to nie zaspokoi to wcale ich pragnienia, lecz przyczyni się do coraz większego nagromadzania się obrzęków. U chorych takich należy koniecznie ograniczyć przyjmowanie płynu zapomocą przestrzegania suchej diety bezsolnej, nawet pomimo dokuczliwego pragnienia i dążyć do usunięcia obrzęków. Jednocześnie z poprawą czynności serca zmniejsza się pragnienie. To samo dotyczy również i obrzęków nerkowych. Trudniej leczyć wodobrzusze wskutek marskości wątroby lub gruźliczego zapalenia otrzewnej. Bezsolna lub małosolna sucha dieta przyczynia się stosunkowo najlepiej do nieodnawiania się płynu po jego wypuszczeniu. Jako środek pomocniczy podaje się jednocześnie sole wapniowe. Przy powolnem zbieraniu się płynu podaje się wapń doustnie, przy szybkiem — dożylnie.

Utratę wody w gorączce można przeważnie z powodzeniem wyrównywać przez podawanie rozcieńczonych soków owocowych, herbaty, kawałków lodu i przez częste płókanie ust.

Duże utraty krwi, wywołujące zawsze silne uczucie pragnienia, należy ze względu na niebezpieczeństwo osłabienia krążenia, starać się zastąpić możliwie jak najprędzej. Czyni to do pewnego stopnia już sam organizm, przemieszczając wodę z tkanek do krwiobiegu. Przy znacznych krwotokach samoobrona ta okazuje się jednak niedostateczna. Należy wówczas dokonać przetoczenia krwi lub dożylnego wlewania roztworu Ringera lub soli fizjologicznej. Pragnienie diabetyków ustępuje jednocześnie z usunięciem wydzielania cukru w moczu zapomocą odpowiedniego leczenia cukrzycy. W przypadkach śpiączki samo zastosowanie insuliny jest niedostateczne. Doustne, dokiszkowe i dożylne podawanie znacznej ilości płynu jest tu tak samo niezbędne jak wstrzykiwanie insuliny. W moczówce prostej niski ciężar właściwy moczu wzrasta jedynie podczas gorączki i pod wpływem preparatów tylnego płata przysadki. Jeżeli podłożem choroby jest kiła mózgowordzeniowa lub guz przysadki, można postępować jedynie objawowo. Leczenia gorączką przeważnie przeprowadzić nie można i z tego względu wchodzi tu w rachubę przedewszystkiem leczenie substytucyjne zapomocą preparatów tylnego płata przysadki, np. Tonephiny, któ-

rą wstrzykuje się podskórnie kilka razy dziennie w dawkach po $\frac{1}{2}$ — 1 cm^3 = $2\frac{1}{2}$ — 5 jednostkom. Naogół działanie trwa tylko tak długo, jak długo wyciąg pozostaje w ustroju. Tylko u jednego pacjenta z pourazową moczówką prostą dwukrotna kilkotygodniowa kuracja Tonephiną doprowadziła do trwałej poprawy. W przypadku moczówki prostej na podłożu kiłowem leczenie przeciwkiłowe nie okazało żadnego wpływu na przebieg choroby, natomiast leczenie zimnicą doprowadziło do wyleczenia. Przy dłuższem substytucyjnem leczeniu preparatami przysadki dochodzi czasem do biegunek, które zmuszają do chwilowego przerwania kuracji. Musimy się wówczas ograniczyć do leczenia dietetycznego, którego podstawą powinno być „możliwie jaknajmniej soli“, czyli dieta bezsolna owocowo-jarzynowa.

Utrudnienia w przyjmowaniu wody stwierdza się w klinice bardzo często w chorobach jamy ustnej i krtani, w ropniach migdałków podniebiennych, w zwężeniach przełyku i wpustu i przy częstych wymiotach. Również i rozstrzeń żołądka i zwężenie odźwiernika mogą doprowadzać do stanów silnego pragnienia, gdyż błona śluzowa żołądka nie wchłania wody. Podobne stosunki zachodzą przy zwężeniach kiszek cienkich i zwłaszcza w ostrej atonji żołądka, występującej czasami po operacjach brzusznych. Takie stany uporczywego pragnienia można trafnie rozpoznać jedynie wtedy, gdy uwzględnia się jednocześnie napięcie skóry, zachowanie się języka, ilość moczu, krwinek czerwonych i wreszcie wygląd pacjenta. Przy tej postaci pragnienia należy przedewszystkiem usunąć przyczynę, następnie zaś należy podawać pozajelitowo lub dokiszkowo dostateczną ilość płynu. Niewielkie wlewania około 500 cm^3 dziennie, nie mają przy zwężeniu odźwiernika prawie żadnego znaczenia. W przeciwieństwie jednak do nieżytu kiszkowego możemy takim chorym podawać znaczne ilości wody per rectum, do czego najlepiej stosować roztwory cukru gronowego, gdyż w ten sposób pacjent otrzymuje jednocześnie pewne pożywienie. Dostateczne zaopatrzenie ustroju w wodę ma znaczenie również i dla przygotowania do operacji. Przy pragnieniu z powodu chorób żołądka lub wysokiej niedrożności kiszek, wskazane są przepłókiwania żołądka, przyczem do płynu, którym się przepłókuje, można dodawać kwasu salicylowego, soli karlsbadzkiej, soli Vichy lub przy częstych wymiotach wody chloroformowej. Przepłókiwanie żołądka usuwa związki, które stale drażnią żołądek i są może przyczyną zaburzeń chorobowych. Jednocześnie z ustąpieniem wymiotów i zaburzeń trawiennych znika również i dokuczliwe pragnienie. Dla osiągnięcia powodzenia zachodzi jednak często potrzeba stałego dokonywania przepłókiwań.

Chorzy nerkowi oraz pacjenci z zastojem moczu przeważnie dopiero wówwczas doznają pragnienia, gdy wydzielanie związków moczowych staje się utrudnione. Niezbędnem jest wtedy dostateczne dostarczanie płynu, które odpowiada zresztą istniejącemu w takich przypadkach wielomoczowi; podawanie jednak stałych związków należy ograniczyć. Chorzy powinni przestrze-

gać dietę możliwie małosolną i małobiałkową, spożywanie białka powinno pokrywać potrzeby ustrojowe, lecz ich nie przekraczać, czyli wahać się około 40 — 50 g na dobę. Jeśli zastój moczu występuje na tle przerostu gruczołu krokowego, wówczas należy również uwzględniać stopień wydolności nerek. Jeżeli zakłada się cewnik na stałe, to nerka początkowo odpowiada na to odciążenie wielomoczem, następnie kanaliki odzyskują zdolność stężania i dokuczliwe pragnienie ustępuje. Cewnik na stałe jest więc nietylko najważniejszym sposobem wewnętrznego leczenia przerostu gruczołu krokowego, lecz również i towarzyszącego mu uporczywego pragnienia.

Sztucznie można wywołać pragnienie przez zalecenie suchej diety, z czem mamy często do czynienia np. w obrzękach lub w nadciśnieniu. Jeżeli suchą dietę bezsolną lub małosolną przeprowadzać w sposób właściwy — to znaczy podając również bezsolne masło i bezsolny chleb — wówczas chorzy przeważnie wcale nie odczuwają znaczniejszego pragnienia lub też znika ono już po kilku dniach. Jedynie na początku leczenia może jeszcze istnieć w ustroju nadmiar soli, który bywa przyczyną silnego choć przemijającego pragnienia. Z tego względu wskazanem jest, aby na początku kuracji nie ograniczać nadmiernie wody i jedynie stopniowo przechodzić do diety coraz bardziej suchej.

Doc. dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki chirurgicznej U. J. K. we Lwowie. (Dyrektor: Prof. H. SCHRAMM).

ZAGADNIENIE NOWOCZESNEJ TECHNIKI UŚMIERZANIA BÓLU W CZASIE OPERACYJ CHIRURGICZNYCH.

(Referat według Polskiej Gazety Lekarskiej, 1932, Nr. 7).

Autor szczegółowo omawia w swym wykładzie klinicznym całokształt zagadnienia nowoczesnej techniki uśmierzania bólu w czasie zabiegów chirurgicznych. Z wszechstronnego artykułu doc. *Hilarowicza* pozwolimy sobie tu przytoczyć w streszczeniu ustęp dotyczący Avertiny. Pomimo wielkich zalet środków narkotycznych oddechowych uwaga chirurgów skupia się w ostatnich latach dokoła różnych środków ogólno-narkotycznych pozapłucnych czyli parapulmonalnych (termin użyty po raz pierwszy przez autora na wzór słowa „parenteralny"), których głównem zadaniem jest obok zaoszczędzenia narkotyku oddechowego *wyłączenie urazu psychicznego*. Uśpienie ogólne drogą pozapłucną nie jest rzeczą nową: dawniejsze środki nie pozyskały jednak większego rozpowszechnienia, gdyż były niepewne w działaniu i niepozbawione niebezpieczeństwa. Wielkim postępem na polu uśpienia pozapłucnego jest wprowadzenie Avertiny, która posiada już swoje oddzielne olbrzymie piśmiennictwo. Dopiero wprowadzenie Avertiny zapoczątkowało nową erę usypiania przez odbytnicę. Avertina jest alkoholem trójbromo-etylowym, stworzonym

przez *Willstättera* i *Duisberga.* Stosuje się ją do lawatywy nasennej w roztworze 2,5 — 3% w ilości około 0,1 na 1 kg wagi ciała. Już po krótkim czasie nauczono się unikać niebezpieczeństw, spowodowanych działaniem rozłożonego preparatu na błonę śluzową przez odpowiednie przygotowanie roztworu, t. j. nieprzekraczanie ciepłoty 40° C oraz kontrolowanie odczynu czerwienią kongo; to też po r. 1928 uszkodzeń błony śluzowej kiszki nie spostrzegano. Kwestja stężenia nie odgrywa większej roli a i przeciwwskazania sprecyzowano dość dokładnie, unikając z jednej strony schorzeń narządów miąższowych, zwłaszcza wątroby, z drugiej stanów zmniejszenia powierzchni oddechowej, chorób krwi, zaburzeń przemiany materji oraz schorzeń samej odbytnicy. Nierozstrzygniętą jeszcze pozostaje kwestja dawkowania oraz związane z tem pytanie zasadnicze: narkoza pełna czy podstawowa? Wśród różnych skrajnych i kompromisowych zapatrywań przeważa jednak obecnie, jak to się tyczy zresztą wszelkich narkotyków pozapłucnych, pogląd, iż Avertiny należy używać wyłącznie do uśpienia podstawowego, przyczem nie można trzymać się szablonowego obliczenia na kg wagi, lecz uwzględniać wiele czynników, jak płeć, wiek, budowa i typ ciała, oraz inne mniej uchwytne, jak wrażliwość względem narkotyków, zdolność zasypiania i in. Znajomość tychże jest podstawą t. zw. postępowania indywidualnego *(Domanig, Anschütz* i *Specht),* przy którem pomocne są specjalne tablice do obliczania odpowiedniej dawki. Uśpienie podstawowe polega na wprowadzeniu pewnej ilości narkotyku do ustroju drogą pozapłucną, pozostającej daleko poniżej granicy niebezpieczeństwa, którą dopełnia się drogą oddechową narkotykiem lotnym aż do narkozy pełnej, dającej się wówczas łatwo „sterować"; jest więc to znieczulenie kombinowane, przy którem zapomocą pierwszego środka stwarza się tylko większą wrażliwość na następny, działając kojąco na wielkie ośrodki asocjacyjne w płatach czołowych i skroniowych *(Pick)* oraz istniejący według *Economo* w trzonie mózgu ośrodek regulacji snu. W Klinice Lwowskiej zastosowaliśmy Avertinę stosunkowo późno ze względu na to, iż w Polsce trudno było ją odrazu otrzymać, a dotyczący materjał nasz i obecnie nie jest zbyt obfity, gdyż w wyborze sposobu znieczulenia postępujemy bardzo indywidualnie, stosując Avertinę tylko wtedy, gdy przedstawia ona szczególne korzyści w porównaniu z innemi sposobami. Korzyściami temi są: 1) zaoszczędzenie eteru o ile chodzi o operacje długie, nienadające się do znieczulenia miejscowego, przy których musimy uniknąć dużej dawki eteru ze względu na stan chorego, 2) ułatwienie znieczulenia miejscowego, samego przez się bolesnego i niezawsze zupełnego, a koniecznego ze względu na trudności usypiania eterem jak np. przy wielkich zabiegach na szczękach, języku, szyi; w razach tych podstawa avertinowa jest wprost dobrodziejstwem dla chorego, który obojętnie znosi znieczulanie tych części i nie reaguje nawet przy znieczuleniu niezupełnem; dawka Avertiny musi oczywiście być tak dobraną, aby odruch wykrztuśny był zachowany — o ile chodzi o zabiegi połączone z krwotokiem w zakresie jamy ustnej, 3) wyłącze-


OMNADIN

nie urazu psychicznego u chorych szczególnie wrażliwych; główne wskazanie stanowi tu choroba Basedowa, przy której obawa przed operacją oraz samo znieczulanie miejscowe, zwłaszcza o ile z powodu nieużywania adrenaliny nieco zawiedzie, stanowią uraz bardzo ciężki, pozostający niewątpliwie w związku z pooperacyjnem zejściem śmiertelnem; wykonanie zabiegu bez uprzedzenia chorego i oszczędzenie mu powyższego urazu psychicznego jest, jak mogliśmy się kilkakrotnie przekonać, nadzwyczaj polecenia godnem. Wyniki nasze uśpienia avertinowego są, jak dotąd, bardzo zachęcające.

Prof. dr. H. SCHLESINGER, Wiedeń.

JAK POSTĘPOWAĆ W PRZYPADKACH WSPÓŁISTNIENIA GRUŹLICY PŁUC I SYFILISU?

(Referat według Fortschr. Ther. 1932, z. 8).

Jeżeli u osobnika dotkniętego gruźlicą płuc stwierdza się współistnienie starej lub niedostatecznie leczonej kiły, wówczas również i choroba weneryczna wymaga bezwzględnie leczenia. Jako preparat zasadniczy zaleca autor jod. Zamiast jodku potasu można podawać Sajodinę lub inne przetwory jodowe. Równocześnie z kuracją jodową stosuje się rtęć lub bizmut. W razie obecności obrzęków pochodzenia sercowego najlepiej wstrzykiwać Salyrgan, który jest jednocześnie środkiem moczopędnym i lekiem przeciwkiłowym. *Schlesinger* ostrzega przed stosowaniem większych dawek Salvarsanu. Na początku kuracji wstrzykuje on 0,15 g Neo- lub Myosalvarsanu 2 razy tygodniowo i przy dobrej tolerancji zwiększa dawkę do 0,3 g. Ogółem na całą kurację nie należy wstrzykiwać więcej niż 3,5 g. Po 8—10 tygodniach można kurację powtórzyć. Jeżeli ogniska płucne są stare i nie okazują skłonności do postępowania, wówczas przeprowadza się leczenie przeciwkiłowe w taki sam sposób, jak u osób zdrowych. Bardzo trudnem jest leczenie świeżo nabytej kiły u osób z gruźlicą, która jeszcze niedawno wykazywała cechy sprawy czynnej. Przy dobrym stanie ogólnym należy natychmiast zapoczątkować kurację przeciwkiłową. W razie pogorszenia się stanu należy jednak tę kurację przerwać; przy pomyślnym przebiegu sprawy gruźliczej można później przeprowadzić kurację bizmutową lub arsenowo-rtęciową. Chorym nieco silniejszym można podawać Decoctum Zittmannii mitius i Spirocid (30 tabletek na jedną kurację).

Również i prof. *Zumbuch* (Münch. med. Wschr. 1931, Nr. 22) uważa, że współistnienie gruźlicy nakazuje przy leczeniu kiły dużą ostrożność w postępowaniu terapeutycznem. Rozpoczyna się od bardzo małych dawek Neosalvarsanu (0,15 g) co dwa dni. Jeżeli chory leczenie to znosi zupełnie dobrze, wówczas można dawkę powoli powiększać. Następnie zaleca *Zumbuch* bizmut w dawkach po „pół strzykawki". Leczenia kiły nie wolno pomimo współistnienia gruźlicy zaniedbywać, gdyż obie choroby okazują na siebie wpływ ujemny.

Prof. dr. W. NONNENBRUCH, II Klin. Wewn. Uniwersytetu Niemieckiego w Pradze.

O DOOTRZEWNOWYCH WSTRZYKIWANIACH SALYRGANU

(Referat według Therapie d. Gegenw. 1932, Nr. 3).

Wiadomo, że działanie Salyrganu zależy od sposobu stosowania i od miejsca wstrzyknięcia. *Freundlich* doniósł już stosunkowo dawno w Wiedeńskiem Towarzystwie Lekarskiem o pomyślnych wynikach dootrzewnowego stosowania Salyrganu. Również i *Nonnenbruch* zalecał bezpośrednie wstrzykiwanie Salyrganu do nagromadzonego w jamie otrzewnowej płynu. W licznym szeregu odpowiednich przypadków dootrzewnowe wstrzykiwania Salyrganu okazały się nadzwyczaj skuteczne. Na podstawie kilkoletniego już doświadczenia *Nonnenbruch* zaleca następujący sposób postępowania:

Po opróżnieniu pęcherza moczowego przekłuwa się cienką igłą ścianę brzuszną zwykle bezpośrednio nad spojeniem łonowem w linji białej i wstrzykuje się 2 cm^3 roztworu Salyrganu. W przypadkach istniejącego wodobrzusza (Ascites) ani razu nie spostrzegano żadnych zaburzeń ani objawów ubocznych. Tylko w jednym przypadku jednocześnie z obfitą diurezą zawsze występowało osłabienie, mdłości i wymioty, których nie było przy stosowaniu dożylnem. Diureza zaczynała się przeważnie dopiero po 6—8 godzinach i utrzymywała się następnie prawie przez 2 dni. Dootrzewnowe wstrzykiwania Salyrganu stosowano najczęściej w przypadkach marskości zanikowej wątroby z wodobrzuszem różnego pochodzenia; również jednak i w gruźliczem zapaleniu otrzewnej i w wodobrzuszu na tle raka żołądka stwierdzano pomyślne wyniki. Z przytoczonych w oryginale szczegółowych historyj chorób wynika, że diureza dobowa dochodziła do 6,000 cm^3. Bardzo pożytecznem okazało się wstrzykiwanie Salyrganu do jamy otrzewnowej, dokonywane jednocześnie z zabiegiem nakłucia wodobrzusza, co jeszcze bardziej zwiększało odwodnienie. *Nonnenbruch* jest zdania, że pomyślne działanie Salyrganu, wstrzykiwanego do jamy otrzewnowej chorych dotkniętych wodobrzuszem, polega nietyle na wzmożeniu działania moczopędnego na nerki, lecz raczej na wpływie na pozanerkowe punkty uchwytu, a zwłaszcza na bezpośredniem działaniu na płyn w jamie otrzewnowej. Wchodzą tu w rachubę jeszcze zmiany ustosunkowania się wzajemnego składników mineralnych, przesunięcie się obrazu poszczególnych białek krwi i zmiany ciśnienia onkotycznego. Możliwe jest również, że Salyrgan okazuje wpływ na zdolność wchłaniania otrzewnej.

Nonnenbruch zaleca, aby wszystkim chorym z wodobrzuszem, u których wogóle jest wskazanem stosowanie Salyrganu, wstrzykiwać go bezpośrednio do jamy brzusznej. Jest to metoda nieszkodliwa, pozbawiona wszelkiego niebezpieczeństwa i często nadzwyczaj skuteczna. Do jamy otrzewnowej, niezawierającej płynu, wstrzykiwać Salyrganu nie należy, gdyż grozi to wystąpieniem przykrych objawów działania ubocznego.

Dr. DAVIDSON, Aberdeen.

O LECZENIU NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ DOMIĘŚNIOWEMI WSTRZYKIWANIAMI WYCIĄGU WĄTROBOWEGO.

(Referat według Brit. Med. Journ. 1932, Nr. 3710).

Autor leczył domięśniowemi wstrzykiwaniami Campolonu szereg chorych, dotkniętych ciężkiemi postaciami niedokrwistości złośliwej. Na podstawie pomyślnych wyników tej terapji autor zwraca uwagę lekarzy angielskich na Campolon, jako na wielce skuteczny i pozbawiony objawów działania ubocznego znakomity preparat dla leczenia niedokrwistości złośliwej. Jako przykłady działania Campolonu autor przytacza 3 historje chorób pacjentów, dotkniętych ciężką anemją złośliwą. Pierwszy przypadek dotyczył 74-letniej kobiety ze znaczną miażdżycą. Chora znajdowała się w stanie daleko posuniętego wyniszczenia. Badanie krwi wykazało zaledwie 18% Hb i 730,000 krwinek czerwonych. Po 7 domięśniowych wstrzyknięciach Campolonu (w ciągu 12 dni) liczba erytrocytów oraz ilość hemoglobiny podwoiła się. Po drugiej kuracji Campolonem ilość krwinek czerwonych przekroczyła 4 miljony. Podobnie pomyślne wyniki osiągnięto przy pomocy Campolonu u następnej 49-letniej pacjentki, a u pewnego 70-letniego mężczyzny wstrzykiwania Campolonu zwiększyły w ciągu 17 dni ilość erytrocytów z 1,800,000 na 4,250,000. Poprawa wszelkich zmian chorobowych obrazu krwi przebiegała zawsze równolegle do zwiększenia się ilości erytrocytów. W dwóch przypadkach wstrzyknięto w ciągu 24 godzin 10—12 cm^3 bez żadnych miejscowych lub ogólnych zaburzeń. *Davidson* uważa, że duże dawki podane w krótkim czasie są skuteczniejsze niż dłuższe leczenie małemi dawkami; dotyczy to zwłaszcza nawrotów. W przypadkach groźnych autor zaleca 6 cm^3 w ciągu pierwszych 48 godzin leczenia, a następnie codziennie po 2 cm^3 aż do osiągnięcia normalnego stanu krwi. Według zdania *Davidsona* ampułka Campolonu, zawierająca 2 cm^3 wyciągu, wstrzyknięta domięśniowo okazuje takie same działanie lecznicze, jak doustne podanie wyciągu otrzymanego z 500 g surowej wątroby. Autor przestrzega przed błędami rozpoznawczemi, gdy rozpoznaje się niedokrwistość złośliwą, podczas gdy w istocie możemy mieć do czynienia z niedokrwistością hemolityczną, białaczką, rakiem i t. d. Campolon nie zawodzi nawet w przy-

padkach niedokrwistości, które okazały się zupełnie odporne na doustne leczenie wątrobowe. Dzięki Campolonowi można ograniczyć do minimum potrzebę przetaczania krwi w przypadkach bezpośredniego niebezpieczeństwa. Dla ochrony przed zmianami zwyrodniającemi rdzenia kręgowego wskazanem jest utrzymywać ilość krwinek czerwonych i poziom hemoglobiny stale na prawidłowym poziomie. Podczas remisji, gdy nie zachodzi potrzeba intensywnego leczenia wątrobowego, dokonywane co pewien czas wstrzykiwania Campolonu pozwalają na znaczne zmniejszenie dawki doustnie zażywanej wątroby. Ze względu na to, że stałe spożywanie wątroby jest dla chorych bardzo uciążliwe, pacjenci nadzwyczaj chętnie zgadzają się na wstrzykiwania Campolonu.

Prof. dr. KÜSTNER, Klinika położnicza Uniwersytetu w Lipsku.

O DAWKOWANIU LEKOW POBUDZAJĄCYCH SKURCZE MACICZNE W POSZCZEGÓLNYCH OKRESACH PORODU.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 1).

Przypadek śmierci (pęknięcie macicy, poród do wolnej jamy brzusznej, zakażenie septyczno-ropne) wywołany przez dożylne wstrzyknięcie 1 cm^3 wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej (6 jednostek Vögtlina) skłonił *Küstnera* do zestawienia na poniżej przytoczonej tablicy warunków celowego podawania i dawkowania środków pobudzających bóle porodowe w poszczególnych okresach ciąży i porodu.

	Tylny płat przysadki + wyciąg z grasicy	Tylny płat przysadki (podskórnie)	Tylny płat przysadki) (dożylnie)	Preparaty sporyszu (podskórnie)	Środki uspokajające
Ciąża Miesiąc I—IV Poronienie	—	bezskuteczny	bardzo dobry	po opróżnieniu potrzebny	—
Ciąża Miesiąc V—VII	użyteczny	dobry	użyteczny	po opróżnieniu potrzebny	—
Ciąża Miesiąc VIII—X	dobry dla zapoczątkowania	często bezskuteczny	niebezpieczny	—	—
Poród Okres rozwierania	bardzo dobry	przeważnie niewskazany	niebezpieczny	—	bardzo użyteczne
Poród Okres wydalania	użyteczny	bardzo dobry (1,5 j. V.)	użyteczny w b. rzadkich przypadkach ($1^1/_3$ j. V.)	—	czasami dobre uśpienie à la reine
Okres poporodowy	—	bezskuteczny	bardzo dobry	po opróżnieniu potrzebny	—

Na początku ciąży dożylne wstrzyknięcie 1—2 jednostek Vögtlina (j. V.) może posłużyć dla celów wczesnego rozpoznania ciąży. Na przebieg ciąży zabieg ten żadnego szkodliwego wpływu nie okazuje. Przy zapoczątkowanem lub niezupełnem poronieniu w ciągu pierwszych 4 miesięcy dożylne wstrzyknięcie nadaje się dla opróżnienia jamy macicznej. W okresie rozwierania środki wzmagające bóle wogóle są przeważnie zbyteczne, jeśli nie nawet wprost szkodliwe. Również i w okresie wydalania *Küstner* nie daje nigdy więcej niż 1,5 j. V. podskórnie; jeśli zaś po ½ godzinie nie stwierdza się działania, wówczas wstrzykuje się tę samą dawkę powtórnie. Stosować więcej niż 3 j. V. może być niebezpieczne zarówno dla matki jak i dla dziecka. Jeżeli chcemy w okresie wydalania osiągnąć bardzo szybko silne bóle, wówczas wolno wstrzyknąć dożylnie 0,1 — 0,2 $cm^3 = {}^1/_3$ do ½ j. V. W przypadkach takich główka musi już być widoczna w pochwie, tak że pozostają do przezwyciężenia tylko części miękkie. Nigdy nie wolno wstrzykiwać preparatu przysadki, gdy asfiksja dziecka wymaga przyspieszenia porodu, lecz należy zakończyć poród innym sposobem. Często się zdarza, że w okresie rozwarcia i wydalania środek uspokajający lub przeciwbólowy okazuje się odpowiedniejszy niż środek pobudzający skurcze maciczne. Dla okresu poporodowego zaleca *Küstner* wstrzykiwania dożylne; dla wstrzykiwań tych nadaje się zwłaszcza Orasthina, która w odróżnieniu od dawniejszych preparatów tylnego płata przysadki nie wywiera żadnego wpływu na naczynia krwionośne. Krótkotrwała zapaść, występująca zwykle po dożylnem wstrzyknięciu innych preparatów, nie zdarza się nigdy przy stosowaniu Orasthiny. Orasthina działa dobrze również i jako środek wzmagający bóle w okresie wydalania. Po wydaleniu łożyska *Küstner* stosuje podskórnie lub domięśniowo przetwory sporyszu, nawet w przypadkach gdy wydalenie nastąpiło pod wpływem Hypophysiny, nigdy jednak nie podaje tych preparatów wcześniej niż w okresie poporodowym. W połogu podaje się następnie najwyżej 2 × 10 kropel preparatu sporyszu. Jeśli mimo to wydzielina nie odpływa prawidłowo, odstawia się sporysz i po kilku godzinach wstrzykuje się dożylnie 3 j. V. hormonu. Zastój wydzieliny zwykle szybko ustępuje, przyczem w razie potrzeby można w ciągu najbliższych dni wstrzyknięcie powtórzyć.

Dr. EMANUEL HAUSER, Wiedeń.

O LECZENIU ARSENEM CHOROBY BASEDOWA.

(Referat według Ther. Ber., tom V, Nr. 1).

W leczeniu wewnętrznem choroby Basedowa największą uwagę należy zwracać na leczenie ogólne. Dla skutecznego zwalczania wychudzenia, nerwowości i zaburzeń czynności serca powinno się przedewszystkiem zapewnić choremu spokój fizyczny i duchowy. Zaleca się w tym celu brom, Luminal, przebywanie na świeżem powietrzu, kąpiele o ciepłocie 30—32° C, trwa-

jące 15 do 30 minut; miejscowo stosuje się zabiegi chłodzące na gruczoł tarczowy (zimna wężownica), elektroterapję (galwanizację nerwu współczulnego), leczenie promieniami Rentgena.

Organoterapja nie daje naogół żadnych pomyślnych wyników i posiada chyba jedynie działanie sugestyjne. Wskazanem jest wypróbowanie działania belladony.

Również i minimalne dawki jodu okazują czasami pomyślny wpływ leczniczy. Przeciwko wychudzeniu stosuje się kurację tuczącą, w której niezwykle cennym środkiem pomocniczym okazuje się Solarson. W przeciwieństwie do kakodylanów ustrój wykorzystuje Solarson całkowicie; pozatem Solarson nigdy nie wywołuje żadnych objawów podrażnienia, ani też wogóle jakichkolwiek przykrych objawów działania ubocznego (np. zapachu czosnku z ust).

Jako przykłady pomyślnego działania Solarsonu w przypadkach choroby Basedowa autor przytacza poniższe 3 przypadki:

1) Pani Augusta L., lat. 48. Tarczyca powiększona jedynie nieznacznie, przyspieszona akcja serca, wytrzeszcz gałek ocznych, szczególnie silne zaznaczenie objawów nerwowych, waga 52 kg, limfocytoza, dolegliwości klimakteryczne. Oprócz wymienionego powyżej leczenia chora otrzymała dwie serje (I i II) wstrzykiwań Solarsonu. Przybytek na wadze wyniósł 5 kg.

2) L. M., lat. 32. Klasyczne objawy choroby Basedowa. Po 12 wstrzyknięciach pierwszej serji Solarsonu waga zwiększyła się o 2 kg.

3) Pani Klara F. Nadczynność tarczycy, bardzo silne pobudzenie nerwowe. Po pierwszej i drugiej serji Solarsonu przybytek na wadze 6 kg.

W licznym szeregu przypadków udawało się zapomocą Solarsonu osiągnąć szybki wzrost wagi i poprawę stanu ogólnego. Tolerancja Solarsonu zawsze był znakomita. Przy współistnieniu niedokrwistości lub blednicy autor stosował doustnie również z bardzo pomyślnym wynikiem Elarson z żelazem, będący doskonałym preparatem arsenowo-żelazowym. Na podstawie dużego doświadczenia praktycznego i pomyślnych osiągniętych wyników *Hauser* gorąco zaleca Solarson, jako bardzo dobry środek dla osiągnięcia przybytku na wadze i wzmocnienia ogólnego.

Dr. M. SEBALD, Monachjum.

W SPRAWIE LECZENIA FOSFOREM GRUŹLICY, W SZCZEGÓLNOŚCI GRUŹLICY KOŚCI.

(Referat według Therap. Ber., tom V, z. 7).

Dla wzmocnienia ustroju w jego ciężkiej walce z zarazkiem gruźliczym lekarz ma do dyspozycji jedynie niewiele środków farmakologicznych, którym możnaby było przypisywać istotne działanie lecznicze. Pomyślny wpływ okazują fosfor, wapń, krzem i złoto. Leki, zawierające te związki, okazują, coprawda, pewien wpływ dodatni na przebieg choroby, nie są jednak pozba-

wione również i stron ujemnych. Wywołują one częstokroć różne przykre objawy działania ubocznego, a ponadto tolerancja ich niezawsze jest bez zarzutu.

W chorobie tak ciężkiej i tak trudno poddającej się leczeniu jak gruźlica, należy wypróbować wszystkie posiadane środki, od których można się spodziewać działania leczniczego. Otóż autor zwrócił uwagę na preparat wapniowo-fosforowy, wytwarzany przez I. G. Farbenindustrie i znajdujący się w sprzedaży pod nazwą Candiolina. Z chemicznego punktu widzenia jest to sól wapniowa estru kwasu fruktozodwufosforowego, związek bardzo zbliżony do lactacidogenu *Embdena*. Candiolinę stosowali dotychczas z pomyślnym wynikiem: *Burchard* w krzywicy, *Kretschmer* w stanach osłabienia i wyczerpania, *Schroeder* w chorobach płuc oraz *Hummel* w różnych stanach nerwowych i spazmofilicznych.

Autor opisuje wypadek gruźlicy kręgosłupa, w którym stosował poprzednio bez żadnego jednak wyniku liczny szereg preparatów fosforowych i wapniowych, a w którym Candiolina doprowadziła do znakomitej poprawy.

Sprawa dotyczyła 12-letniego chłopca, który w 5-ym roku życia chorował na zapalenie opłucnej. Choroba ta bardzo osłabiła pacjenta, poprzednio zupełnie zdrowego i dobrze rozwiniętego. W 8-ym roku życia ukazały się objawy gruźliczego zapalenia piersiowej części kręgosłupa. Po dłuższym pobycie w uzdrowisku (leczenie ortopedyczne i rentgenologiczne), przemijająca poprawa. Z biegiem czasu chłopiec chudł coraz więcej, stał się grymaśny i pobudliwy. Wreszcie wytworzył się ropień opadowy, który przerwał się samoistnie na plecach po lewej stronie 10-go kręgu piersiowego. W związku z tem powstała przetoka, która mimo starannego leczenia stale wydzielała ropny płyn. Prątek gruźliczy zyskiwał widoczną przewagę nad organizmem, wycieńczonym długotrwałą chorobą. Po wypróbowaniu wszelkich możliwych preparatów, mających na celu zwiększenie odporności ustroju, autor wobec zupełnego braku oznak poprawy zwrócił się wreszcie do Candioliny. Ze względu na upośledzenie łaknienia zastosowano ostrożne dawkowanie i podawano początkowo 3 razy dziennie po ½ tabliczki. Wpływ Candioliny był z początku bardzo niewielki. Dopiero po upływie 3 tygodni stwierdzono poprawę apetytu i jednoczesne stopniowe wzmacnianie się stanu ogólnego. Przetoka pozostawała narazie bez zmian. Dawkę zwiększono do 2 tabliczek dziennie. Po 6 tygodniach wyraźna poprawa stanu fizycznego i psychicznego; również i wydzielanie ropy z przetoki uległo zmniejszeniu. Przetoka oczyszczała się stopniowo, wydzielina coraz bardziej traciła swój ropny charakter i wreszcie po 11 tygodniach przetoka zamknęła się. Wobec tego, że oprócz Candioliny i obojętnych opatrunków nie stosowano żadnych leków, pomyślny ten przebieg należy uzależnić od działania Candioliny. Powodzenie to ma tem większe znaczenie, że wszelkie poprzednio stosowane preparaty fosforowo-wapniowe zupełnie zawiodły, stan pacjenta stale się pogarszał i choroba nie okazywała żadnych skłonności do samoistnego wyleczenia. Również i badanie rentgenowskie wykazało konsoli-

dację chorego kręgu. Równolegle z poprawą miejscową postępowała i poprawa ogólna. Chłopiec przybrał na wadze i uważał się za zupełnie zdrowego. Autor jest zdania, że pomyślny wynik należy zawdzięczać działaniu fosforu i wapnia, które przyswajane w czynnej postaci przez organizm pobudzają przemianę materji i wzmagają działanie fermentów. Candiolina wchłania się szybko i w całości i przedstawia obecnie jeden z najskuteczniejszych preparatów fosforowo-wapniowych.

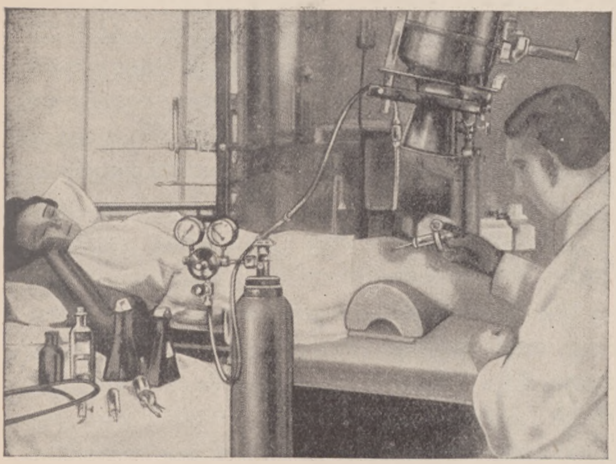
Dr. WALTER HEER, Szpital kantonalny w Aarau.

TECHNIKA ARTROPNEUMORADJOGRAFJI WEDŁUG BIRCHERA.

(Referat według Schweiz. med. Woch. 1932, Nr. 18).

Autor dokonał około 300 artropneumoradjografij metodą Birchera (Schweiz. med. Woch. 1931, Nr. 50,) stosując jako środek kontrastowy Abrodil. Na podstawie swego dużego doświadczenia i doskonałych otrzymanych wyników *Heer* zaleca następującą technikę rentgenografji kontrastowej stawów:

1. Ułożenie kolana w półzgięciu na pokrytym ołowiem półwalcu. Odkażenie skóry alkoholem i jodem. Miejscowe znieczulenie skóry i torebki stawowej w przewidzianem miejscu nakłucia między rzepką i kłykciem kości udowej.



Wstrzykiwanie Abrodilu do stawu kolanowego.

2. Nakłucie stawu igłą Birchera, przyczem z początku wbija się część ostrą, a następnie tępą. Przez poruszanie igłą sprawdzamy, czy koniec igły znajduje się napewno w jamie stawowej. Istniejący ewent. wysięk stawowy usuwa się przez aspirację, obecność bowiem płynu może w znacznym stopniu utrudnić uwidocznienie na kliszy wnętrza stawu.

3. Wstrzyknięcie 2—3 cm^3 20%-owego jałowego roztworu Abrodilu. Roztwór kontrastowy staramy się rozprowadzić równomiernie po stawie zapomocą łagodnego masażu całej okolicy stawu, a zwłaszcza jego górnego uchyłka.

4. Po odjęciu strzykawki z Abrodilem powoli wpuszcza się do stawu pod ciśnieniem trzech atmosfer tlen, stale kontrolując przytem napięcie w górnym

uchyłku oraz dowiadując się o wrażenia pacjenta (uczucie napięcia). Gdy uchyłek jest już dostatecznie napięty, zamykamy dopływ tlenu i przekręcamy kurek igły.

5. Dokonanie właściwego zdjęcia rentgenowskiego. Promień środkowy kierujemy równolegle do szpary stawowej.

6. Boczne zdjęcie, boczno-środkowe, w ułożeniu pacjenta na boku. Zdrowa kończyna silnie zgięta w stawach kolanowych i biodrowych. Badane kolano w lekkiem zgięciu na podpórce wysokości około 18 cm.

7. Po obejrzeniu filmu wypuszcza się przez igłę tlen, poczem igłę się wyciąga. Jeszcze raz odkażenie skóry alkoholem. Lekki, aseptyczny opatrunek uciskowy.

Przy pewnem doświadczeniu cała procedura nie wymaga więcej niż 15 min.

Dr. K. ABEL. Berlin.

JAK POWINIEN LEKARZ-PRAKTYK LECZYĆ GORĄCZKĘ POŁOGOWĄ?

(Referat według Z. ärztl. Fortbildung 1932, Nr. 1).

Endometritis putrida, jako sprawa chorobowa wywołana gniciem pozostałych w jamie macicy resztek łożyska i błon płodowych, przeważnie cofa się szybko po zupełnem opróżnieniu macicy. Również i zastój wydzieliny macicznej może wywołać gorączkę. Najodpowiedniejszym zabiegiem leczniczym jest wówczas staranie się o ułatwienie odpływu wydzielin. Podnosi się w tym celu górną część łóżka o mniejwięcej 30 cm, a następnie podaje się przetwory sporyszu lub Gravitol (1—2 cm^3 domięśniowo lub 3—4 razy dziennie po 1 tabletce). Wobec tego, że przy pierwszym dreszczu nie można jeszcze rozpoznać, czy nie rozpoczyna się tu może ciężkie zakażenie, *Abel* doradza, aby w każdym przypadku gorączki podczas połogu zastrzyknąć domięśniowo 5 cm^3 Yatren-Caseiny mocnej, na drugi dzień 3 cm^3, na trzeci 2 cm^3, a następnie, w razie utrzymania się nadal gorączki, wstrzykiwać co drugi dzień po 1 cm^3. Przeważnie jednak już pierwsze dwa wstrzyknięcia okazują się wystarczające, aby uchronić położnicę przed grożącem jej wystąpieniem ciężkiego zakażenia. Wieloletnie doświadczenie autora przekonało go o doskonałej skuteczności takiego postępowania leczniczego. Zasadniczym warunkiem powodzenia jest natychmiastowe dokonanie wstrzyknięcia. W wypadkach zaniedbanych wyniki nie są już takie pewne. W każdym razie zastosowanie Yatren-Caseiny nigdy nie może okazać się szkodliwe. Nierzadko się zdarza, że na czwarty dzień po prawidłowym porodzie gorączka podnosi się na jeden dzień wskutek rozkładu zalegającej wydzieliny. Rozkład wywołują zwykle saprofity. Wobec tego, że zastój taki powstaje częstokroć wskutek ucisku macicy przez bardzo wypełniony pęcherz moczowy, należy zwracać baczną uwagę na dostatecznie częste oddawanie moczu.

Znaczenie o wiele poważniejsze niż wymienione objawy gorączkowe mają oznaki prawdziwego zakażenia połogowego, będącego w swej istocie zakażeniem streptokokowem. Szczególnem niebezpieczeństwem grożą: obecność paciorkowców hemolitycznych, wytworzenie zapalenia żył w miednicy i w kończynach dolnych oraz zatory przerzutowe do płuc, serca i innych ważnych narządów. Śmierć następuje zwykle już po krótkim czasie; rzadziej się zdarza, że choroba trwa wiele tygodni. Nawet jednak po 30—40 dreszczach wyzdrowienie nie jest wykluczone. W przeciwieństwie do zakażenia rozwijającego się na drodze krwionośnej, lepsze rokowanie daje zakażenie postępujące drogą naczyń chłonnych (zapalenie tkanki okołomacicznej, ograniczone zapalenie otrzewnej, ropień w jamie Douglasa). Ropień w jamie Douglasa należy, oczywiście, otworzyć przez pochwę i sączkować. Jeżeli dochodzi do rozlanego zapalenia otrzewnej, wówczas możliwość wyleczenia staje się bardzo mało prawdopodobna.

Dla leczenia zakażenia połogowego wchodzą w rachubę surowice paciorkowcowe, wywołujące hiperleukocytozę. Pomyślny wpływ okazują również dożylne wstrzykiwania Trypaflaviny w dawce 0,01 g na 1 kg wagi ciała w 20 cm^3 H_2O, następnie związki jodowe, preparaty białkowe i Yatren-Caseina. Ostatnio *Abel* stosował z powodzeniem preparat siarkowy Detoxinę i osiągnął przy jego pomocy lepsze naogół wyniki niż po dożylnych wstrzykiwaniach dużych dawek alkoholu, które zaproponowano jako skuteczny środek przeciw gorączce połogowej. Przetaczanie krwi, wstrzykiwania soli fizjologicznej, kroplówki (z dodatkiem środków nasercowych) przedstawiają pomocnicze zabiegi lecznicze. Czasami również i jałowy ropień wywołany podskórnem wstrzyknięciem 2 cm^3 olejku terpentynowego pod skórę piersi może dać dodatnie wyniki lecznicze. Stale należy dbać o podtrzymanie czynności serca. *Abel* po ręcznem usunięciu łożyska wstrzykuje zapobiegawczo 5 cm^3 Yatren-Caseiny mocnej.

Pod względem rozpoznania różniczkowego wchodzą tu w rachubę następujące stany chorobowe: gorączka na tle anginy, zapalenie płuc, dur brzuszny, zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i nerek, choroby pęcherzyka żółciowego i wątroby, zapalenie gruczołu sutkowego (wypuszczenie ropy strzykawką, wstrzyknięcie 5—20 cm^3 roztworu Rivanolu 1 : 1000 do jamy ropnia; w razie braku poprawy szerokie otworzenie ropnia i sączkowanie), rzeżączka (badanie rozmazu), rzeżączkowe zapalenie otrzewnej (leczenie: bezwzględny spokój, pęcherz z lodem, opjum; nie stosować leczenia miejscowego).

Dr. A. EDELMANN, Tel Aviv.

O LECZENIU UBYTKÓW SKÓRNYCH PELLIDOLEM.

(Referat według Therapeutische Berichte, r. 5, z. 11).

Oparzenia, pooperacyjne rozchodzenie się brzegów rany, uszkodzenia mechaniczne, ubytki naskórka po ropniach i czyrakach, źle ziarninujące owrzodzenia goleni, odleżyny, owrzodzenia pasorzytnicze, pryszczyca, odparzenia — oto liczny szereg chorób skórnych, z któremi lekarz dermatolog ma bardzo często do czynienia.

Leczenie tych chorób skórnych nowoczesnemi metodami fizykalnemi, jak naświetlania promieniami pozafioletowemi, diatermja, kaustyka i t. d., okazuje się przeważnie niemożliwe, gdyż nie każdy lekarz-praktyk ma do dyspozycji niezbędne przyrządy, a następnie zabiera to choremu zbyt wiele czasu. Na uwagę zasługuje ponadto okoliczność, że takie powolne, choć może skuteczne leczenie niepotrzebnie przedłuża czas trwania choroby i że pacjent po wyleczeniu wreszcie cierpienia skórnego, staje się nierzadko typowym neurastenikiem.

Otóż istnieje prosty i skuteczny sposób leczenia ubytków skórnych, który umożliwia stosunkowo szybko, bez bólu i bez wszelkich przyrządów wyleczenie zarówno małych jak i większych uszkodzeń skórnych, nie wywołując przytem powstawania blizn lub przykurczów. Preparatem tym, na który pragnąłbym zwrócić uwagę ogółu lekarzy, jest Pellidol, który stosowany w postaci 2%-owej maści wazelinowej, znakomicie pobudza odradzanie się naskórka i pokrywanie się wszelkich ubytków skórnych.

Na podstawie dużego doświadczenia autor uważa, że 2%-owa maść Pellidolowa nadaje się szczególnie dla zapoczątkowania kuracji, następnie jednak należy przejść do innych połączeń. W dalszym przebiegu autor stosuje chętnie raczej maść 4%-ową. Zwłaszcza w przypadkach oparzeń, po ustąpieniu do pewnego stopnia pierwszych ostrych objawów zapalnych, bardzo dobre wyniki daje następująca maść:

Pellidoli	1,0
Xeroformii	2,0
Zinci oxydati	5,0
Vaselini amer. albi	25,0
M. D. S. Maść.	

Przy ubytkach skórnych, w których znajdują się zwykle liczne zarazki ropotwórcze, należy obawiać się, że również i powyżej wymienione podłoże maści osłabi działanie Pellidolu i utrudni w ten sposób unieszkodliwienie drobnoustrojów; w przypadkach takich autor zaleca:

Pellidoli	1,0
Alumnoli	0,5 — 1,0 — 2,0
Glycerini	20,0
Lanolini anhydr.	5,0
M. D. S. Maść.	

Dla uniknięcia niepowodzenia *Edelmann* radzi przygotować powyższą receptę w sposób następujący: z początku rozpuszcza się alumnol w glicerynie i rozciera Pellidol z lanoliną, następnie miesza się oba połączenia.

Przy pyodermjach można stosować połączenie z Hydrarg. sulfur. rubrum:

Pellidoli	1,0
Hydrarg. sulf. rubr.	0,1 — 0,2
Zinci oxydati	3,0
Ung. lenientis	25,0
M. D. S. Maść.	

Wartość leczenia Pellidolem polega głównie na pobudzeniu brzegów rany do odradzania naskórka. Z tego względu należy zawsze zwracać baczną uwagę, aby maść Pellidolowa pokrywała również i sąsiedni brzeżny pas zdrowej skóry. Bezpośrednie nakładanie maści na środek rany jest postępowaniem niecelowem, osiąga się w ten sposób tylko niepotrzebne mieszanie ropnej często wydzieliny rany z maścią. Najlepiej smarować maść na odpowiednie kawałki gazy i położyć je na oczyszczoną uprzednio powierzchnię rany, zwracając szczególną uwagę na pokrycie brzegów, które stanowią punkt wyjścia regeneracji. Przy objawach silnego podrażnienia okazuje się celowem stosować maść Pellidolową naprzemian z maścią obojętną, najlepiej Tumenolową:

Tumenoli Ammonii	1,0 — 2,0
Bismut. subnitr.	2,0
(lub Talci veneti	2,0)
Zinci oxydati	3,0
Ung. lenient.	20,0
M. D. S. Maść.	

W razie wolnego i leniwego wytwarzania się ziarniny można ostrożnie spróbować pendzlowania powierzchni rany jodyną lub czarną maścią Mikulicza.

W ciągu 2 dni stosuje się np. maść Pellidolową, a następnie przez 24 godziny maść Mikulicza:

Argent. nitr.	0,1
Balsami peruviani	1,0
Vaselini amer. albi	10,0
M. D. S. Maść.	

Delikatne, cienkie strupki, powstające na powierzchni rany, należy zawsze ostrożnie zdejmować lub usuwać zapomocą zmywania obojętną oliwą.

Regeneracja nabłonka odbywa się od zewnętrznych brzegów ubytku w kierunku do środka; z początku brzeg otaczający ranę staje się różowy i nieco

obrzmiewa, następnie zaczyna blednąć i wokoło ubytku wytwarza się niewielkie delikatne wzniesienie, które rozszerza się później dośrodkowo; następnie powstaje obwodowo taki sam nowy okrężny wał i t. d. Pokrywanie się naskórkiem małych ubytków i przywrócenie prawidłowych stosunków odbywa się zwykle bardzo prędko. Natomiast zagojenie się zmian większych i głębszych trwa przeważnie o wiele dłużej i nierzadko kończy się wytworzeniem blizny.

Jeżeli zwykle stosowane maści działają słabo, wówczas można wypróbować kombinowane leczenie tak zwaną „sztuczną wilgotną komorą". Technika tego sposobu leczenia jest następująca: przedewszystkiem oczyszcza się starannie powierzchnię rany, następnie smaruje się maść z Pellidolu na kawałek gazy, który powinien być nieco większy niż ubytek skórny i gazę tę nakłada się na ranę. Gazę pokrywa się czworokątnym przylepcem cynkowym większym o ½—1 cm od gazy i przykleja dokładnie, aby nie dopuścić do przenikania powietrza do komory; również i brzegi należy okleić cienkim paskiem tegoż leukoplastu.

W ten sposób otrzymujemy dokładnie zamkniętą przestrzeń, w której powierzchnia rany zwykle szybko się oczyszcza, a maść Pellidolowa może przeniknąć do wszystkich uchyłków i przejawić silniejsze działanie. Opatrunek ten należy zmieniać raz na dobę. Leczenie Pellidolem nie wywołuje żadnych objawów podrażnienia lub działania ubocznego.

E. SCHWAB. Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu w Erlangen.

O STOSOWANIU NOVALGINY W DZIEDZINIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH.

(Referat według Med. Klin. 1928, Nr. 5).

Autor stosował Novalginę w 150 przypadkach. Novalgina jest to preparat przeciwgorączkowy, a przedewszystkiem przeciwbólowy. Z chemicznego punktu widzenia stanowi Novalgina związek pośredni między Melubriną i Pyramidonem. Novalginę można podawać doustnie lub też wstrzykiwać ją podskórnie, domięśniowo i dożylnie. Tolerancja Novalginy jest doskonała, przeciwwskazań do stosowania Novalginy niema żadnych.

Działanie przeciwgorączkowe Novalginy wypróbowano w 9 przypadkach gruźlicy płuc, w których ciepłota wieczorna dochodziła do 39°. Już pierwszego dnia pod wpływem podskórnych wstrzykiwań Novalginy (2—3 razy dziennie) gorączka znacznie opadła, nie powodując przytem prawie żadnego pocenia. Następnie podawano Novalginę doustnie w dawkach 3—4 razy dziennie po 0,5 g. Pod wpływem tej kuracji stan podmiotowy wyraźnie się poprawił, a dokuczliwe bóle w piersiach ustąpiły prawie zupełnie. Jednocześnie podrażnienie do kaszlu stało się znacznie łagodniejsze. Podskórne wstrzykiwania Novalginy sprawiały wielką ulgę chorym dotkniętym gruźlicą krtani, którym każdy ruch połykowy sprawiał dotkliwe cierpienia; dzięki Novalginie chorzy ci odzyskali możność przyjmowania pożywienia.

Chorzy na gruźlicę z gorączką wahającą się od 37,8° do 38,1° oraz pacjenci dotknięci wysiękowem zapaleniem opłucnej nie stanowią wskazania do podawania Novalginy; natomiast silne kłucie w boku u chorych z suchem zapaleniem opłucnej znika już w kilka godzin po zażyciu Novalginy, która ułatwia w ten sposób głębokie oddychanie.

W 12 przypadkach grypy Novalgina (3 razy dziennie po 0,5 g doustnie) całkowicie usuwała już w ciągu 3 dni gorączkę oraz wszystkie inne charakterystyczne objawy grypy.

W przypadkach ostrego gośćca stawowego stosowanie Novalginy dawało przeważnie znacznie lepsze wyniki niż leczenie preparatami salicylowemi. Novalgina nigdy nie wywoływała żadnych przykrych objawów ubocznych, towarzyszących często zażywaniu salicylu. Działanie lecznicze Novalginy, polegające na spadku gorączki, uśmierzaniu bólów i cofaniu się stawowych zmian zapalnych, ujawniało się w stosunkowo krótkim czasie.

W ciągu pierwszego i drugiego dnia kuracji stosowano wstrzykiwania Novalginy w dawce po 2 cm^3, następnie zaś podawano Novalginę doustnie (3—4 razy dziennie po 0,5 g). W licznych przypadkach stosowano jednak z powodzeniem leczenie wyłącznie wewnętrzne.

Z pośród przewlekłych chorób stawowych najlepsze wyniki osiągano w podostrem zapaleniu wielostawowem i początkowych okresach Spondylitis ankylopoetica. Częstokroć spostrzegano, że Novalgina uśmierzała bóle na przeciąg długich tygodni. Również i na ostry i przewlekły reumatyzm mięśniowy Novalgina okazywała bardzo pomyślny wpływ leczniczy. U 40 chorych stwierdzono nietylko szybkie ustąpienie bólów, lecz trwałe wyleczenie.

Również i nerwobóle są wdzięcznem wskazaniem do stosowania Novalginy. W przypadkach nerwobólów potylicznego i międzyżebrowego, a zwłaszcza rwy kulszowej (18 przypadków) autorowi udawało się osiągać dzięki Novalginie szybkie i doskonałe wyniki. Następnie podawano Novalginę chorym cierpiącym na bóle głowy różnego pochodzenia (guzy mózgu, przewlekłe choroby, migrena). Działanie przeciwbólowe Novalginy było w przypadkach bólów głowy bardzo pomyślne. Na szczególną uwagę zasługuje następujący przypadek dotyczący 26-letniego chorego dotkniętego przewlekłem zapaleniem nerek.

Choroba trwa już od 10 lat. Ciśnienie krwi wynosiło 250—175 mm Hg. Pacjent cierpiał bardzo często na niesłychanie mocne i uporczywe bóle głowy. Otóż bóle te ustępowały zupełnie w 5—10 minut po wstrzyknięciu 1—2 cm^3 Novalginy i nie powracały częstokroć w ciągu 6—10 dni. Leczenie to stosowano w ciągu długich miesięcy i przez ten czas działanie Novalginy nie słabło i nie zachodziła potrzeba powiększania dawki.

Uspokajające i lekko nasenne własności Novalginy występowały szczególnie wyraźnie w tych przypadkach, w których ją stosowano zamiast morfiny, jak np. w nowotworach złośliwych żołądka, kręgosłupa i kości miednicy oraz

w wiądzie rdzenia i kamicy żółciowej. We wszystkich przypadkach Novalgina znacznie łagodziła cierpienia chorych.

Przypadki odporne na działanie Novalginy zdarzają się bardzo rzadko i nie mogą, oczywiście, zmniejszać jej wartości jako cennego środka przeciwbólowego, przeciwgośćcowego i przeciwgorączkowego.

Dr. de VASCONCELLES.

JAD PSZCZÓŁ I OS.

(Referat według Rev. di Terap. 1930, Nr. 9).

Chemiczny skład jadu pszczół i jego działanie zbadał pierwszy *Langer* w r. 1896. Według badań *Langera* każda pszczoła zawiera około 0,3 — 0,4 mg tego jadu. Oprócz białka i soli jad ma zawierać wolny kwas mrówkowy i trującą zasadę, dającą zwykłe odczyny alkaloidów. Dożylne wstrzyknięcie jadu pszczół wywołuje u psów silną hemolizę, na króliki zaś nie okazuje żadnego wpływu. In vitro wszystkie rodzaje czerwonych krwinek ulegają hemolizie. Na nieuszkodzoną skórę jad pszczół wcale nie działa; jeżeli zaś zetknie się ze śluzówką lub raną, wówczas wywołuje silne zapalenie. Wstrzyknięcie pod skórę wywołuje miejscową zgorzel, przekrwienie i powstanie pęcherzy. Pies ważący 4,5 kg, któremu *Langer* wstrzyknął 6 cm^3 1,5%-owego roztworu oczyszczonego jadu, dostał natychmiast klonicznych drgawek, szczękościsku, oczopląsu i zmarł wśród objawów porażenia oddechu.

Flury jest zdania, że jad pszczół jest sapotoksyną i podobnie jak ona działa hemolitycznie i wywołuje zapalenie. *Lissy* w doświadczeniach na psach i królikach stwierdził przy dożylnem wstrzykiwaniu obniżenie ciśnienia krwi, przyspieszenie oddechu i pobudzenie perystaltyki kiszek. *Lissy* uważa, że jad pszczół jest zbliżony do jadu węży i skorpionów. Bliższych szczegółów o właściwościach jadu jednak jeszcze nie posiadamy. Niektórzy autorzy uzależniają istniejącą jakoby odporność pszczelarzy w stosunku do chorób gośćcowych od obecności kwasu mrówkowego w jadzie pszczół. W każdym razie uznana powszechnie rzadkość występowania chorób reumatycznych u pszczelarzy była bodźcem do zastosowania ukłuć pszczół u reumatyków w celach leczniczych. Według *Terca* stosuje się na jednem posiedzeniu około 70 ukąszeń. Ostatnio ukazały się również i preparaty zawierające jad pszczół. *Passow* opisuje pomyślne wyniki osiągnięte zapomocą tych preparatów w przypadkach reumatycznych schorzeń oka. *Pollack* leczył jadem pszczół ze znakomitym jakoby wynikiem 20 przypadków gośćcowego zapalenia tęczówki (po reumatyzmie stawowym) oraz kilka przypadków neuralgji nerwu trójdzielnego. *Wasserbrenner* stosował jad pszczół w 121 przypadkach rwy kulszowej oraz przewlekłego i zniekształcającego zapalenia stawów i najlepsze wyniki osiągnął w rwie kulszowej. W gośćcu przewlekłym wyniki nie były tak pomyślne, a w znie-

kształcającem zapaleniu stawów terapja jadem pszczół wogóle żadnego wpływu na przebieg choroby nie okazywała. Możliwe, że jad pszczół działa jako czynnik bodźcowy, który może przejawiać swój wpływ również i w chorobach niereumatycznych. *Boinet* np. „wyleczył" ukąszeniami pszczół chorego dotkniętego trądem; chory ten otrzymywał codziennie 120 ukąszeń pszczół w trędowato zmienione części skóry, przyczem ogółem otrzymał 2601 ukąszeń!

Zasługuje na szczególną uwagę, jak wielką ilość ukąszeń pszczół może czasami znieść bez szkody ustrój ludzki. *Bandisch* opisuje przypadek, w którym jednoroczne dziecko zniosło prawie bez żadnych objawów ogólnych 200 ukłuć pszczół, *Schömig* zaś donosi o 1½-rocznem dziecku, które zostało pokąsane przez pszczoły (70 ukąszeń) i u którego wystąpiły tylko wymioty i niewielkie objawy ogólne. *Hermann* opisuje przypadek, w którym po 600 ukąszeniach wystąpiła głęboka senność i wymioty. Tej stosunkowej niewrażliwości wielu ludzi można jednak przeciwstawić spotykaną nierzadko nadwrażliwość, przy której już po jednem jedynem ukąszeniu występują bardzo burzliwe objawy. Opisywano niejednokrotnie przypadki śmierci po jednem ukąszeniu pszczoły lub osy. *Michel* opisuje historję 5-letniego chłopca, którego pszczoła ukąsiła w ten sposób, że jad przeniknął prawdopodobnie odrazu do żyły. Chłopiec zmarł po 10 minutach. W innym przypadku pszczoła ukąsiła pewną kobietę w głowę; wytworzyło się znaczne obrzmienie i chora w krótkim czasie zmarła, prawdopodobnie wskutek obrzęku płuc. W pewnych warunkach szczególne umiejscowienie zwiększa niebezpieczeństwo ukąszenia. *Finkh* opisuje historję pewnego mężczyzny, który połknął osę; osa ukąsiła go w okolicę krtani. W ciągu 45 minut człowiek ten udusił się. Również i ukąszenia w język grożą niebezpieczeństwem uduszenia się z powodu obrzęku głośni. *Legiehn* spostrzegał po ukłuciu w policzek afonję trwającą 2 godziny i ogólną pokrzywkę. *Ziegeler* opisuje służącego, który wskutek 3 ukąszeń pszczół w skórę głowy stracił na 2 godziny przytomność. W innych przypadkach obserwowano obfite poty, wymioty, biegunkę i zaburzenia sercowe. *Hilbert* spostrzegał po ukąszeniach pszczół zapalenie tęczówki, a *Atkinson* opisuje bardzo dużą pokrzywkę, obrzęk powiek, mdłości i senność po jednem ukąszeniu osy w lewą nogę. *Benedict* opisuje zemdlenie i gorączkę po ukąszeniach pszczół. *Stern* opisuje ciężkie objawy toksyczne po licznych ukąszeniach os u 18-letniego wieśniaka oraz po jednem ukąszeniu u 40-letniej zdrowej kobiety. *Samson* obserwował przypadek wstrząsu anafilaktycznego, który wystąpił w 5 minut po ukąszeniu. Po upływie pewnego czasu znowu 2 osy ukąsiły tego pacjenta, poczem wystąpiła znaczna duszność, osłabienie serca i utrata przytomności. *Samson* uważa za możliwe, że również i w przyszłości choremu temu w razie ukąszenia osy może grozić duże niebezpieczeństwo; nie jest jednak wykluczone, że powtarzające się zetknięcia z allergenem mogą się przyczynić do zmniejszenia nadwrażliwości, czyli do odczulenia.

Niebezpieczeństwa, któremi grożą ukłucia pszczół lub os, wymagają odpowiedniej interwencji leczniczej. Naogół leczenie ogranicza się do postępowania

objawowego. *Bloch*, który opisał przypadek śmierci po ukąszeniach pszczół, zaleca zimne okłady, wilgotną glinę, chłodzące maści, roztwór chlorku wapnia, wyjęcie żądła. *Obst* opisuje sposób leczenia swej 12-letniej córki, którą podczas picia soku malinowego osa ukłuła w język. Zastosowano płókanie jamy ustnej roztworem Burowa. Doszło jednak do znacznego obrzmienia języka. Kanał ukłucia był jeszcze widoczny i smarowano go kawałkiem sody, poczem znowu przepłókiwano octanem glinu. Po dwukrotnem powtórzeniu tego zabiegu bóle zmniejszyły się, a następnie obrzmienie zaczęło się cofać. Według *Obsta* soda działa lepiej niż zalecany zwykle spirytus amoniakalny. *Bamberger* również przekonał się o skuteczności sody przy ukąszeniach owadów wszelkich gatunków. *Samson* zaleca jako najpewniejszy środek wstrzyknięcie natychmiast po ukąszeniu 1 cm³ 1⁰/₀₀-owego roztworu Suprareniny, który najpewniej i najprędzej usuwa objawy zapaści. Wobec tego jednak, że działanie Suprareniny szybko mija, *Rubitschang* uważa za odpowiedniejszą Racedrinę. Jeszcze lepsze wyniki daje Rephrina, stanowiąca połączenie Racedriny z Supraren1iną, gdyż natychmiastowe działanie Suprareniny zostaje utrwalone i przedłużone dzięki Racedrinie. Racedrinę można stosować również i zapobiegawczo. *Rubitschang* opisuje np. pszczelarza nadwrażliwego na ukąszenia pszczół. Żaden ze stosowanych środków nie okazał się skuteczny. Otóż *Rubitschang* zalecił temu pszczelarzowi, aby wieczorem przed udaniem się do uli zażywał pół, a rano całą tabletkę Racedriny. Pomimo wielu ukąszeń objawy wstrząsu nie wystąpiły. Taki sam pomyślny wynik udało się osiągnąć zapomocą Racedriny również i u syna tego pszczelarza, który odziedziczył widocznie po ojcu nadwrażliwość w stosunku do ukąszeń owadów. Nawet w rzadkich przypadkach ukąszenia w okolicę krtani i związanego z tem obrzęku głośni jesteśmy w stanie dzięki Racedrinie przezwyciężyć ten niebezpieczny stan. Przypadek taki ogłosił niedawno *Gerlach*.

Dr. L. SCHOLZ, Brunświk.

OMNADINA JAKO ŚRODEK ZAPOBIEGAWCZY PRZECIWKO ZAKAŻENIOM POŁOGOWYM.

(Referat według Ther. Ber. tom 5, zeszyt 4).

W pracach klinicznych z ostatnich lat, poświęconych zagadnieniu leczenia zakażenia połogowego, znajdujemy bardzo wiele cennych rozważań teoretycznych oraz wskazówek leczniczych; stosunkowo mało natomiast zajmują się autorzy sprawą czynnego postępowania zapobiegawczego. Zjawisko to zależy, prawdopodobnie, od tego, że do klinik i większych zakładów położniczych przybywają przeważnie przypadki z już posuniętą sprawą chorobową i wyraźnemi oznakami zakażenia, tak że o żadnem postępowaniu zapobiegawczem mowy już być nie może. Stary jednak pogląd, że łatwiej jest zapobiegać

chorobie niż leczyć chorobę już istniejącą, ma odnośnie do zakażenia połogowego szczególnie duże zastosowanie. Z chwilą przeniknięcia zarazków do dróg krwionośnych lub chłonnych jesteśmy przeważnie bezradni i nawet stosując wszelkie znane nam sposoby leczenia, nie potrafimy przewidzieć przebiegu choroby. Podobnie trudnem jak rokowanie jest również i leczenie. Każda chwila jest droga, postępowanie bowiem choroby wyczerpuje coraz bardziej ustrój. Im wcześniej stosujemy swoiste lub nieswoiste leczenie uodporniające, tem większe są szanse opanowania groźnego zakażenia. W r. 1924 autor miał sposobność obserwowania pewnej wieloródki, u której ze względu na groźną atonję macicy należało dokonać ręcznego usunięcia łożyska. Jako powikłanie tego zabiegu powstało septyczne zapalenie żył. Autor zastosował w tym przypadku Omnadinę. Po siedmiu domięśniowych wstrzyknięciach dokonanych w ciągu 9 dni, gorączka opadła zupełnie i wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. Autor zastanowił się nad zagadnieniem, czy udałoby mu się nie dopuścić do ujawnienia się zakażenia, gdyby wstrzyknął Omnadinę przed zabiegiem wewnątrz-macicznym. Od tego czasu, to znaczy od 1924 roku, autor po wszystkich zabiegach wewnątrzmacicznych, porodach kleszczowych i nawet po nałożeniu szwów stale stosuje zapobiegawczo domięśniowe wstrzykiwania Omnadiny. Duże kilkoletnie doświadczenie wykazało, że postępowanie to jest całkowicie uzasadnione, gdyż od tego czasu autor nie miał w swej praktyce ani jednego przypadku gorączki połogowej. W przypadku poronienia przebiegającego bez gorączki, które jak się potem okazało było poronieniem kryminalnem, i w którem z powodów zewnętrznych wyjątkowo nie dokonano wstrzyknięcia Omnadiny, wytworzyła się po 8 dniach wysoka gorączka. Wobec tego jednak, że sprawa chorobowa ograniczyła się tylko do macicy, przypadek zakończył się szczęśliwie.

Z pośród licznych obserwowanych przypadków autor przytacza jako przykłady następujące 3 historje choroby:

1) Pani J. B., pierwiastka, osłabienie bólów przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego. Dziecko w drugiem położeniu czaszkowem, wymiary miednicy 24, 30, 33, 20. Poród trwa już 62 godziny. Stosowano już morfinę, a ostatnio Hypophysinę. Wreszcie zaszła konieczność zastosowania kleszczy. Trudne wydobycie w uśpieniu zapomocą jednoczesnego mocnego ucisku zewnętrznego na dno macicy.

Dziecko w stanie umiarkowanej asfikcji, jednak poprawia się prędko. Długość 57 cm, obwód głowy 39½ cm, waga 4,5 kg. Pęknięcie krocza drugiego stopnia. Zapobiegawcze wstrzyknięcie 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo. Dalszy przebieg bez żadnych powikłań.

2) M. H., pierwiastka. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Początek bólów przed 48 godzinami. Drugie położenie twarzyczkowe, bóle słabe. Wreszcie ustają zupełnie. Poród nie postępuje. Preparat przysadki okazuje działanie jedynie przejściowe. Z powodu niepokojących objawów ze strony

serca dziecka zastosowano kleszcze w uśpieniu. Dziecko nieco asfiktyczne. Pęknięcie błony śluzowej pochwy. Okres poporodowy przebiega ze stałem umiarkowanem krwawieniem. Łożysko nie oddziela się. Po godzinnem oczekiwaniu Crédé, bez uśpienia, następnie w uśpieniu. Wobec bezskuteczności zabiegu ręczne oddzielenie łożyska. Preparaty sporyszu oraz 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo. Atonję udaje się przezwyciężyć. Połóg przebiega bez żadnych zaburzeń.

3) A. W., lat 24, pierwiastka, ciąża w 8-ym miesiącu. Bóle od 12 godzin, umiarkowane krwawienie od 3 godzin. Pierwsze położenie czaszkowe, tony serca niesłyszalne, bóle ustały od 1½ godziny. Ujście maciczne wielkości monety trzymarkowej. Pęcherz utrzymany. Po godzinnem oczekiwaniu sztuczne otwarcie pęcherza. Wraz z wystąpieniem bólów krwawienie ustało. Po 5 godzinach poród martwego dziecka. Silne krwawienie atoniczne; łożysko przyrośnięte. Crédé w uśpieniu nie daje wyniku, wobec czego dokonano ręcznego wydobycia łożyska, przytwierdzonego do przedniej ściany macicy. Atonja ustąpiła. Zapobiegawczo: 2 cm^3 wyciągu sporyszu oraz 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo. Dalszy przebieg bez żadnych powikłań.

Dr. MUSKAT, Berlin.

LECZENIE PADUTINĄ ZABURZEŃ CHODZENIA POWSTAŁYCH NA PODŁOŻU CHORÓB TĘTNIC.

(Referat według Med. Klin. 1932, Nr. 3).

Dolegliwości w kończynach dolnych, kierujące pacjenta do lekarzy, bywają tak różnorodne i tak zmienne, że postawienie odrazu ścisłego rozpoznania natrafia przeważnie na znaczne trudności. Bardzo wielkie znaczenie diagnostyczne ma zachowanie się tętna na stopach, które należy wobec tego stale badać u wszystkich pacjentów, skarżących się na bóle w nogach lub utrudnienie chodzenia. Dotyczy to zwłaszcza osobników starszych. Często się zdarza, że nawet dokładne badanie wykazuje zupełną nieobecność tętnienia w A. dorsalis pedis i A. tibialis posterior za kostką wewnętrzną. Taki brak tętna może czasem sięgać wgórę aż do tętnicy udowej, a mimo to zaburzenia te mogą nie wywoływać większych dolegliwości. Bywa również i naodwrót: tętno wyczuwa się wyraźnie i nie bacząc na to stwierdza się zaburzenia czuciowe, naczynioruchowe, krążeniowe i ruchowe. Dla odróżnienia zaburzeń naczynioruchowych od dolegliwości związanych z płaską stopą bardzo duże znaczenie mają wywiady (nikotyna, kiła, nadmierne wysiłki, przemoczenie nóg, zaziębienia).

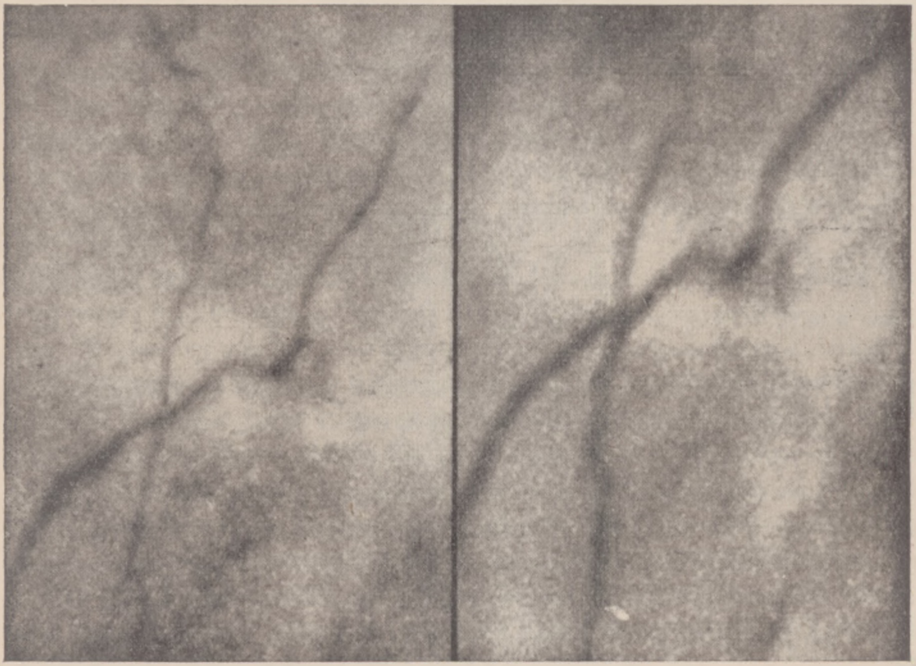
Wykluczenie palenia jest jednym z pomocniczych warunków wszelkiego leczenia, gdyż nikotyna okazuje szkodliwy wpływ na naczynia krwionośne zarówno bezpośrednio jak i pośrednio przez wytrząsanie adrenaliny z nadnerczy.

Z pośród leków farmakologicznych największe usługi oddaje niewątpliwie Padutina. Jako przykłady działania Padutiny autor przytacza w streszczeniu dwa następujące wypadki:

Dyrektor szkoły, lat 70, skarży się na okropne bóle w kończynach dolnych. Bóle te zależały częściowo od płaskiej stopy, lecz przeważnie od zaburzeń w krążeniu tętniczem. Niedostateczne ukrwienie nóg prawie zupełnie uniemożliwiało chodzenie. Najwyżej po 10 krokach chory musiał dłuższy czas odpoczywać. Pacjenta leczono Padutiną. Po 40-em domięśniowem wstrzyknięciu nastąpiła nagła poprawa i chory odzyskał całkowitą możność chodzenia. Nawet większe spacery nie sprawiały żadnych dolegliwości.

Inny chory był nieco odporniejszy na działanie Padutiny, tak, że trzeba było dokonywać 3 wstrzyknięcia dziennie. Poprawa nastąpiła po 2 miesiącach, również stosunkowo nagle jak w poprzednim przypadku. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że poprawa ta, pomimo ciężkości sprawy chorobowej, okazała się trwałą.

Wydaje się wobec tego wskazanem, aby u wszystkich chorych, u których dolegliwości w kończynach dolnych zależą z mniejszem lub większem praw-



Rozszerzenie naczyń pod wpływem Padutiny.

Przed leczeniem Padutiną. Po leczeniu Padutiną: rozszerzenie włośniczek i najdrobniejszych naczyń.

(Według *Frey'a*, D. Z. f. Chir. 1931, tom 233).

dopodobieństwem od zmian naczyniowych, wypróbować Padutinę. Pomyślnie działają również ciepło, kąpiele i odpowiednia dieta. *Schlesinger* słusznie zwraca jednak uwagę, aby zbyt silnego ciepła nie stosować, gdyż może ono jeszcze bardziej uszkodzić i tak już przeważnie zmienione ściany naczyniowe. Sta-

ranne badanie tętna stopowego u wszystkich chorych skarżących się na dolegliwości w nogach, zmniejszy, prawdopodobnie, częstość błędnego rozpoznania płaskiej stopy i skieruje diagnozę na właściwe tory. Okaże się wówczas, że zaburzenia krążenia w kończynach dolnych są o wiele częstszą sprawą chorobową niż się naogół przyjmuje. Ma to wielkie znaczenie praktyczne, gdyż zastosowanie Padutiny w połączeniu z zabiegami ortopedycznemi może doprowadzić do wyleczenia lub conajmniej znacznej poprawy. Wydaje się, że inne preparaty hormonalne nie są tak skuteczne jak hormon krążenia Padutina.

Dr. G. H. KLÖVEKORN i dr. ERNA ZITZKE, Klinika Dermatol. Uniwersytetu w Bonn.

CZĘSTOŚĆ I LECZENIE RZEŻĄCZKI ODBYTNICY.

(Referat według Th. d. Ggwt. 1932, zeszyt 2).

Rozpoznanie rzeżączki odbytnicy natrafia często na duże trudności. Zdarza się nierzadko, że dopiero na 10-ym lub 12-ym preparacie uda się nam stwierdzić obecność gonokoków, będących przekonywującym dowodem swoistości choroby. Już obecność leukocytów na rozmazie z błony śluzowej odbytnicy przemawia jednak z dużem prawdopodobieństwem za rzeżączką odbytnicy. Na klinice dermatologicznej w Bonn dąży się do ustalenia rozpoznania w sposób następujący:

Wydzielinę z odbytnicy pobiera się tępą łyżeczką, lekko pocierając śluzówkę. Jeżeli ten sposób badania nie prowadzi do celu, wówczas zakłada się do kiszki na noc tampon z waty wsysającej ropę i następnie robi się z tej ropy rozmaz na szkiełku podstawowem. Barwienia dokonywa się błękitem metylowym lub metodą Grama. Również i rektoskopja może ułatwić rozpoznanie.

W ostatnich latach *Klövekorn* i *Zitzke* — nie zmieniając metody badania — stwierdzili wyraźne zwiększenie się częstości przypadków rzeżączki odbytnicy. Tak np. w r. 1925 u 79 kobiet, dotkniętych rzeżączką cewki moczowej i szyjki macicznej, stwierdzono współistnienie rzeżączki odbytnicy w 24% przypadków, a u dzieci (wyłącznie Vulvovaginitis gonorrhoica) stwierdzono rzeżączkę odbytnicy w 52,4%. W roku 1930 stwierdzono rzeżączkę odbytnicy u 90 chorych kobiet w 64,4%, u dzieci z rzeżączką sromu i pochwy w 70%. Za powód rzeżączki odbytnicy uważa się przedewszystkiem spływanie wydzieliny rzeżączkowej z pochwy i cewki. Moment defekacji sprzyja, prawdopodobnie,

w znacznym stopniu przeniesieniu zakażenia, gdyż ucisk tłoczni brzusznej przyczynia się do silniejszego wyciskania ropy z pochwy. Oczyszczanie post defaecationem również może łatwo przenosić ropę do odbytnicy. W niektórych przypadkach powodem zakażenia bywa coitus per anum; zwłaszcza w rzadkich przypadkach rzeżączki odbytnicy u mężczyzn należy uznać prawie wyłącznie ten sposób przenoszenia choroby. Wymienione możliwości powstawania rzeżączki odbytnicy nie tłumaczą jednak znacznego zwiększenia się jej częstości z 24% na 64,4%; powód tego zwiększenia się leży, prawdopodobnie, w czynnikach czysto zewnętrznych: w ostatniem dziesięcioleciu kobiety zmieniły, mianowicie, sposób kroju swej bielizny, która w przeciwieństwie do dawniej noszonej ściśle przylega do ciała, co sprzyja przenoszeniu ropnej wydzieliny z pochwy do odbytnicy. Z tego względu wskazanem jest, aby również i dziewczynki, dotknięte rzeżączkowem zapaleniem sromu i pochwy nosiły możliwie luźną i zamkniętą bieliznę, co ma duże znaczenie również i dla ochrony przed niebezpieczeństwem zarażenia oczu.

Wobec tego, że rzeżączka odbytnicy przebiega zupełnie bezobjawowo, albo też objawy jej mogą być bardzo nieznaczne, znaczenie jej bywa często niedoceniane. Jeżeli rzeżączka u kobiety lub zapalenie sromu i pochwy okazuje się bardzo oporne na leczenie lub też stwierdza się ciągłe nawroty choroby, wówczas należy zawsze dokładnie i często badać odbytnicę, ewent. zapomocą rektoskopu, gdyż może się okazać, że tam właśnie tkwi uporczywe źródło utrzymującego się zakażenia. Z leczniczego punktu widzenia wchodzą w rachubę: lawatywy z 1%-owego roztworu Argenti nitrici, wstrzykiwania 5—10%-owego roztworu Protargolu oraz 20%-owa wazelina Protargolowa, którą przed użyciem należy nagrzać na łaźni wodnej do 40°. Bardzo skutecznemi okazały się również czopki o 10%-owej zawartości Protargolu (około 5 cm długości i ogólnej wagi 5 g). Czopki te wprowadza się 2 razy dziennie.

W SPRAWIE STANDARYZACJI VIGANTOLU.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, 1930, Nr. 6).

Pojęcie witamin stało się w ostatnich czasach przedmiotem różnych nieścisłości lub nadużywania wiary. Różnym środkom spożywczym lub preparatom leczniczym przypisuje się zawartość witamin, których obecność okazuje się w istocie czysto teoretyczna. Vigantol natomiast przedstawia preparat witaminowy, który jest dokładnie miareczkowany i którego swoiste działanie lecznicze podlega ścisłej kontroli naukowej. Metody chemiczne i fizyczne pozwalają na określanie stopnia uczynnienia ergosteryny pod wpływem naświetlania. Następnie bada się stale własności zapobiegawcze i lecznicze Vigantolu na zwierzętach, u których wywołano doświadczalnie wyraźne objawy krzywicy, przez utrzymywanie ich na odpowiedniej diecie bezwitaminowej. Zawartość czynnej wita-

miny D w Vigantolu określa się nie wagowo, lecz jedynie na podstawie istotnego działania przeciwkrzywiczego, to znaczy w jednostkach klinicznych. Dawkowanie również oblicza się w jednostkach klinicznych.

Miareczkowanie Vigantolu odbywa się na drodze biologicznej w doświadczeniach na szczurach, które utrzymuje się przez 15 dni na diecie, wywołującej w niezawodny sposób krzywicę (dieta Nr. 3143 Mc Colum'a) i którym dodaje się codziennie dokładnie określoną ilość Vigantolu. Szczury te, będące na diecie wywołującej krzywicę, nie powinny jednak wykazywać żadnych objawów tej choroby. Dla każdej kontroli stosuje się kilka seryj zwierząt i jedną serję szczurów kontrolnych.

Do doświadczeń używa się wyłącznie młode szczury, wagi około 33 do 40 g. Wyniki sprawdza się zapomocą badania rentgenowskiego, które u zwierząt przyjmujących Vigantol, nie wykrywa w kośćcu żadnych objawów krzywicy, podczas gdy u zwierząt kontrolnych stwierdza się stale znaczne zmiany krzywicze. Określa się w ten sposób najmniejszą dawkę Vigantolu, będącą w stanie uchronić conajmniej 80% szczurów doświadczalnych od wystąpienia krzywicy.

Należy zwrócić uwagę na okoliczność, że jednostek witaminy D zawartych w naświetlanej ergosterynie i określanych innemi metodami (np. metodą line-test) nie można porównywać z jednostkami Vigantolu, obliczonemi metodą radjograficzną.

Badania doświadczalne na szczurach nad dawką ochronną Vigantolu pozwalają na określenie jednostki biologicznej, przedstawiającej w ściśle ustalonych warunkach najmniejszą czynną dawkę. W praktyce korzysta się dla dawkowania z obliczania na jednostki kliniczne, które odpowiadają 100 jednostkom biologicznym.

Vigantol znajduje się obecnie w sprzedaży w dwóch postaciach: w roztworze w oliwie i w drażetkach. 1 cm^3 roztworu zawiera 50 jednostek klinicznych, a każda drażetka — 10 jednostek klinicznych.

Standaryzacja Vigantolu odpowiada wszystkim wymaganiom współczesnego stanu wiedzy, co zapewnia nietylko niezawodną skuteczność preparatu, lecz również i wielką stałość jego działania.

† Sir RONALD ROSS.

Niedawno zmarł w Londynie w 75-ym roku życia znakomity malarjolog Sir Ronald Ross. Powszechnie wiadomo, że to właśnie dzięki jego długotrwałym i trudnym badaniom udało się poznać znaczenie komarów w przenoszeniu zimnicy. Ronald Ross rozpoczął swe prace w 1894 roku na podstawie teoretycznego przypuszczenia swego przyjaciela Mansona, według którego zimnica rozpowszechnia się za pośrednictwem komarów. Ross karmił komary krwią chorych dotkniętych zimnicą. Krew pobierał podczas napadu gorączkowego. Wobec tego jednak, że Ross początkowo używał do swych doświadczeń wyłącznie gatunków Culex i Stegomyia, nie udało mu się wykryć u tych komarów żadnych dowodów istnienia w nich zarazka chorobotwórczego. Dopiero w roku 1897 po wielokrotnych żmudnych i bezowocnych badaniach Ross dokonał doświadczeń z gatunkiem Anopheles i badanie ich wykryło w żołądku obecność barwnikowych tworów. To było początkiem wiekopomnego odkrycia i drogowskazem dla dalszych badań. W roku 1898 Ross podczas swych poszukiwań dotyczących Protesoma (czynnik chorobotwórczy zimnicy wróbli) opisał całkowity cykl rozwoju pasorzyta w organizmie komarów przenoszących zimnicę wśród ptaków. Ross karmił komary krwią ptaków chorych, poczem stwierdzał, że zdrowy ptak ukąszony przez takiego komara dostaje typowych objawów zimnicy ptasiej. W ten sposób w roku 1898 Ross był w stanie ogłosić swą teorję o znaczeniu komarów przy przenoszeniu zimnicy jako udowodnioną i nie ulegającą już żadnej wątpliwości.

Wielkie odkrycie Rossa, które umożliwiło przeprowadzanie racjonalnej walki z zimnicą i ocalenie miljonów ludzi, uczyniło wytrwałego badacza sławnym i pozyskało mu wszechświatowe uznanie. W roku 1902 Ross otrzymał nagrodę Nobla. W roku 1926 otwarto w Londynie Instytut dla badania chorób podzwrotnikowych, któremu w uznaniu wiekopomnych zasług Rossa nadano jego imię.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

WZORY RECEPT Z PANTOCAINĄ ZAMIAST KOKAINY.

1. UROLOGJA.

Rp. Sol. Pantocaini 0,1—0,2 (—0,5) : 100
D. S. Dla znieczulenia śluzówek w urologji.

Rp. Sol. Pantocaini 0,1—0,2
Aq. dest. ad. 100,0
Sol. Suprarenini (1 : 1000) gtts. X
D. S. Dla znieczulenia śluzówek w urologji.

Rp. Pantocaini 0,02—0,03
Ol. Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. No. VI
S. Przy skurczach pęcherzowych kilka razy dziennie po 1 czopku.

Rp. Pantocaini 0,015
Ol. Cacao q. s.
Adip. Lanae 0,08
M. f. bac. long. 6 cm, diam. 4 mm.
D. t. dos. No. VI
S. Pantocainowe pałeczki do cewki moczowej.

2. CHOROBY USZU, GARDŁA, NOSA I KRTANI

Rp. Pantocaini 0,05—0,1
Aq. dest. ad 200,0
D. S. Do inhalacji przy nieżytach krtani.

Rp. Mentholi 0,1
Pantocaini 0,1
Coffeae tostae
Boracis aa ad 10,0
M. D. S. Proszek od kataru nosa.

Rp. Pantocaini 0.05—0,1
Mentholi 0,2
Acid. borici 1,0
Vas. albi ad 10,0
M. f. ung.
D. S. Maść od kataru nosa.

Rp. Sol. Pantocaini 0,1—0,2
Aq. dest. ad 10,0
adde Sol. Suprarenini (1 : 1000) gtt. I
S. Dla znieczulenia śluzówki nosa.

Rp. Pantocaini 0,05—0,1
Phenoli liquef. 0,2 —0,5
Glycerini 10,0
D. S. Do wkraplania (przy zapaleniu ucha środkowego).

Rp. Pantocaini 0,1
Antipyrini 0,5
Glycerini (bezwodnej) ad 10,0
D. S. Do wkraplania do ucha (względnie nasycenia zakładanego do ucha tamponu).

Gruźlica krtani

Rp. Pantocaini 0,05—0,1—0,2
Sol. Suprarenini (1 : 1000) 2,5
Aq. phenol. ad 10,0
D. S. Pendzlować na 10 minut przed jedzeniem.

Rp. Pyramidoni 2,0
Pantocaini 0,06
Aq. Laurocerasi 60,0
D. S. Do inhalacji.

Rp. Pantocaini 0,05—0,1
Mentholi 0,5
Jodoli 2,0
Amyli tritici ad 10,0
M. D. S. Do wdmuchiwania.

Gorączka sienna.

Rp. Pantocaini 0,05
Acidi benzoici 0,1
Bismuti subnitr. 5,0
M. D. S. Do wdmuchiwania do nosa (w gorączce siennej).

3. OKULISTYKA.

Rp. Pantocaini 0,025—0,1
Acidi borici 0,3
Aq. dest. ad 10,0
D. S. Zewnętrznie dla znieczulania oka.

Rp. Pantocaini 0,02—0,05
Zinci sulfurici 0,03—0,05
Aq. dest. ad 10,0
D. S. Krople do oczu.

Rp. Pantocaini 0,01—0,05
Acidi borici 0,3
Aq. dest. 7,5
Lanol. anhydr.
Vasel. albi
Paraff. liquid. aa 5,0
M. f. ung. D. S. Maść do oczu.

Rp. Pantocaini 0,02—0,05
Noviformi 0,5—1,0
Vasel. albi ad 10,0
M. f. ung. D. S. Noviformowa maść do oczu.

Rp. Pantocaini 0,05
Liq. Alumin. acet. 0,25
Vasel. amer. albi ad 10,0
M. f. ung. D. S. (Przy zapaleniu brzega powiek). Wcierać na szklanej pałeczce do szpary powiekowej.

Rp. Pantocaini 0,05—0,1
Sol. Suprarenini 0,5—1,0—2,0
(1 : 1000)
Aq. dest. ad 10,0
D. S. Wkraplać przy skurczu powiek.

Rp. Pantocaini 0,05—0,1
Atropini sulfur. 0,05—0,1
Aq. dest. ad 10,0
D. S. (W zapaleniu tęczówki, bólach ciała rzęskowego, miąższowem zapaleniu rogówki). Do wkraplania.

Rp. Pantocaini 0,025
Vasel. albi ad 5,0
M. f. ung. D. S. (Przy skurczach powiek, zapaleniu rogówki). Wcierać do szpary powiekowej.

Rp. Natrii chlorati 0,4
Pantocaini 0,01
Aq. dest. ad 10,0
D. S. Do wstrzykiwań podspojówkowych.

4. CHOROBY SKÓRY, RANY I OPARZENIA.

Rp. Pantocaini 0,2
Liqu. Alumin. acet. 5,0
(Ol. Oliv. 5,0)
Ungt. moll. ad 50,0
M. f. ung. D. S. Do smarowania (przy oparzeniach).

Rp. Pantocaini 0,15—0,3
Acid. borici 3,0
Ungt. moll. ad 30,0
M. f. ung. D. S. Do wcierania (przy półpaścu).

Rp. Pantocaini 0,1
Tannoformi 2,0
Amyli Tritici ad 10,0
M. D. S. Do posypywania (we wrzodach goleni).

Rp. Pantocaini 0,15
Lenigalloli 0,6
Zinci oxyd.
Talci aa 3,0
Vaselini flavi ad 30,0
M. f. ungt. D. S. Maść (Przeciwko swędzeniu).

Rp. Pantocaini 0,1—0,2
(Anthrasoli 0,5)
Vaselini flavi ad 20,0
M. f. ungt. D. S. Maść (przy Pruritus vulvae).

Rp. Pantocaini 0,15—0,3
Tumenol-Ammonii 1,5
Lanolini 20,0
Vaselini flavi 10,0
M. f. ung. D. S. Maść (przy Pruritus vulvae).

5. *HEMOROIDY I INNE CIERPIENIA*

Rp. Pantocaini 0,1—0,2
Ungt. acidi borici 10,0
M. f. ungt. D. S. Zewnętrznie (przy Fistula ani).

Rp. Extr. Belladonae 0,05
Pantocaini 0,02 (0,03)
Ol. Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. No. VI
S. Czopki do odbytnicy (przy Fistula ani).

Rp. Pantocaini 0,015—0,025
Ol. Cacao 2,0
M. f. suppos. D. t. d. No VI
D. S. (Przy bolesnych owrzodzeniach odbytnicy) po wypróżnieniu.

Rp. Pantocaini 0,15
Jodoli 0,5
Liq. Alumin. acet. 1,0
Ung. moll. ad 15,0
M. f. ungt. D. S. Do smarowania (przy hemoroidach).

Rp. Pantocaini 0,02
Jodoli 0,02—0,05
Acid. tannici 0,1
Ol. Cacao 2,0
M f. suppos. D. t. d. No. VI.
D. S. Wprowadzać czopki według przepisu lekarza (przy hemoroidach).

Rp. Pantocaini 0,03—0,06
Jodoli
Alumin. acet. aa 0,3
Vaselini flavi ad 30,0
M. f. ungt. D. S. Wprowadzać kilka razy dziennie przy krwawieniach hemoroidalnych.

Rp. Pantocaini 0,1
Tumenol-Ammonii 2,0
Lanolini ad 20,0
M. f. ungt. D S. Do smarowania.

Rp. Hydrarg. oxyd. flav. 1,5—2,5
Mentholi
Pantocaini aa 0,25
Ungt moll. ad 50,0
M. f. ungt. D. S. Zewnętrznie.

Pantocaina jako środek znieczulający w okulistyce.

Już przeszło od $^{1}/_{2}$ roku stosuję dla znieczulenia oka wyłącznie Pantocainę. Jedna kropla 1%-owego roztworu wpuszczona do worka łącznicowego wystarcza dla bezbolesnego stosowania po 2 minutach Argenti nitrici itp. Wpuszczenie 3 kropel umożliwia już po minucie usuwanie bez bólu ciał obcych z rogówki. Dla zupełnego znieczulenia przed operacją zeza lub zaćmy wystarcza 5 kropel. Znieczulenie jest nietylko mocniejsze niż po kokainie, lecz również trwalsze, tak że bóle pooperacyjne są o wiele mniejsze, co występuje szczególnie wyraźnie po oczyszczeniu dna owrzodzenia w Ulcus serpens. Również i w postaci maści Pantocaina oddaje cenne usługi np. przy oparzeniach spojówek itp. Po usunięciu ciała obcego z rogówki zawsze stosuję jeszcze dla znieczulenia 1%-ową maść z Pantocainy. Przy operacjach na woreczku łzowym i na powiekach wstrzyknięcie podskórne Pantocainy w roztworze 1:500 z dodatkiem Suprareniny (ampułki) działa prędzej i lepiej niż 2%-owa Novocaina; po upływie 5 minut stwierdza się zupełne znieczulenie brzegu powiek. Pantocaina jest trwała i nie

zmienia się wcale w gotowaniu. Pantocaina nie rozszerza źrenic, nie obniża ciśnienia i nie okazuje żadnego szkodliwego wpływu na rogówkę. Dzięki swym zaletom Pantocaina stanowi najbardziej wartościową namiastkę kokainy. Zasługuje ponadto na uwagę, że preparat jest znacznie mniej trujący i o wiele tańszy niż kokaina. Sprzedaż Pantocainy, jako środka zupełnie niewinnego, nie podlega ograniczeniom, dotyczącym rozpowszechniania narkotyków.

Dr. Schulte,
Okulista w Fuldzie.

O leczeniu tuczącem insuliną.

Autor opisuje historję choroby pewnej pacjentki, która znajdowała się w stanie znacznego wychudzenia. Leczenie tuczące polegało na stosowaniu insuliny, przestrzeganiu spokoju i obfitem odżywianiu. Pierwszego dnia wstrzyknięto chorej podskórnie 10 jednostek insuliny, drugiego dnia 15 j. Wobec tego, że dawki te nie wywołały żadnych hipoglikemicznych objawów ubocznych, zwiększono następnie dawki do 20 j. dziennie. Wstrzykiwań dokonywano bezpośrednio przed jedzeniem. Pacjentka ma zawsze przy sobie w swej torebce 30 g glukozy dla zwalczania ew. wstrząsu hipoglikemicznego. Ogółem dokonano 20 wstrzykiwań po 20 jednostek. W ciągu miesiąca waga podniosła się z 48,3 do 56,4 kg. Blade poprzednio błony śluzowe odzyskały swe prawidłowe różowe zabarwienie.

Dr. I. Svartz-Briceni.
(Romania Medicala, 1931).

Leczenie powikłań rtęciowych.

Jouan leczy rtęciowe zapalenie jamy ustnej dożylnemi wstrzykiwaniami tiosiarczanu sodu. Zwykle już jedno wstrzyknięcie sprowadza po 2—3 dniach wyleczenie. Bóle znikają już w dniu wstrzyknięcia. Bóle w żyłach powstające po wadliwem wstrzyknięciu Trypaflaviny również można uśmierzyć zapomocą wstrzyknięcia 2 cm³ roztworu tiosiarczanu do tkanki otaczającej żyłę. Również i stwardnienia po wstrzykiwaniach rtęci lub Trypaflaviny można z powodzeniem leczyć tiosiarczanem. Nacieczenia po domięśniowych wstrzykiwaniach związków rtęciowych znikają po kilku wstrzyknięciach 5 cm³ roztworu tiosiarczanu w otoczenie zmienionych tkanek.

Dr. S. Jouan.
(Rev. med. lat.-amer. 1931, Nr. 185).

O wrodzonych zwapnieniach, zwłaszcza tętnic.

Oprócz dziedzicznych zmian miażdżycowych istnieją również wrodzone zwapnienia w naczyniach. Autor opisuje wyniki badania sekcyjnego dziecka płci męskiej, które żyło zaledwie kilka minut. Otóż w błonie wewnętrznej większych i średnich, a w mniejszym stopniu małych naczyń stwierdzono znaczne złogi wapniowe. Miejscami złogi te występowały również i w błonie wewnętrznej oraz w pochewce naczyniowej. Również i nerki, gruczoł tarczowy oraz opony mózgowe zawierały wapń. Kiła, jako przyczyna tych zaburzeń, nie wchodziła w danym przypadku w rachubę.

W. Iff. Zakład Patol. Uniw. w Bernie.
(Virchows Arch. path. Anat. u. Physiol., 1931, t. 281).

Novalgina.

Autor opisuje historję choroby 22-letniej kobiety, chorej na dur brzuszny. Gorączka trwa już od tygodnia. 1 g Novalginy podany w ciągu doby w 5 dawkach po 0,02 g obniża gorączkę z 39 na 38,3⁰. Jednocześnie znacznie zmniejszają się bóle głowy i sen staje się spokojniejszy. Obniżenie ciepłoty nie wywoływało żadnego pocenia się.

Inny pacjent, który od 2 tygodni skarżył się na tępe bóle o typie rwy kulszowej, odczuwa obecnie od 2 dni niesłychanie silne bóle na przebiegu lewego nerwu kulszowego. Dożylne wstrzyknięcie 2 cm³ Novalginy uśmierzyło prawie natychmiast dokuczliwe bóle. Kilkakrotne wstrzykiwania zawsze dawały taki sam pomyślny wynik leczniczy. Jeszcze skuteczniejszą okazuje się Novalgina we wszelkich bólach okolicy lędźwiowo-krzyżowej (Lumbago).

Dr. H. Kienast, Klinika Mellina w Dorpacie.
(Ther, Ber. 1932, Nr. 9)

Stosowanie Siononu w dietetyce cukrzycy.

Lapp uważa Sionon za „pseudowęglowodan“, który przy ograniczeniu tłuszczów nasyca, nie pogarszając przemiany materji. Główna zaleta Siononu polega na możności różnorodnego stosowania go pod względem kuchenno-technicznym. Dawka dobowa nie powinna być zbyt wysoka, gdyż większe dawki Siononu wywołują czasami zaburzenia kiszkowe (biegunki). U chorych na cukrzycę, leczonych wyłącznie dietetycznie lub też również i insuliną, zażywanie 3 razy dziennie po 30 g Siononu w herbacie wywoływało nierzadko biegunki. Podawanie jednak tak dużych dawek wcale nie jest potrzebne. Przeciętna dawka dobowa nie powinna przekraczać 40 g Siononu i można ją stopniowo powiększać jedynie w przypadkach dobrej tolerancji.

Dr. F. W. Lapp,
Szpital Miejski w Wiedniu.
(Wien. med. Wschr. 1931, Nr. 6).

Rokowanie i zapobieganie rumieni posalvarsanowych.

Autor uważa, że rokowanie rumieni, powstających po wstrzykiwaniach Neosalvarsanu, nie jest bynajmniej złe, o ile rumieniom tym nie towarzyszą ciężkie objawy ogólne. Dla uniknięcia tego rodzaju rumieni wskazanem jest, aby w przypadkach o nieznanej tolerancji Salvarsanu wstrzykiwać początkowo małe dawki (dla kobiet 0,3, dla mężczyzn 0,45 g Neosalvarsanu). Przerwy między poszczególnemi wstrzykiwaniami powinny trwać conajmniej 5—7 dni. Jeżeli występują objawy ogólne lub pierwsze plamy rumieni, wówczas następnego wstrzyknięcia można dokonać dopiero po zupełnem ustąpieniu tych objawów, gdy chory conajmniej w ciągu tygodnia czuł się dobrze. Tolerancję Salvarsanu można powiększyć przez rozpuszczanie go w roztworach połączeń mocznikowych wapnia lub strontu albo też w roztworach glukozy.

Prof. dr. R. O. Stein, Wiedeń.
(Doniesienie Urzędu Zdrowia, 1931, Nr. 7).

O narkozie avertinowej.

Goldschmidt i *Harvey* opisują w swej pracy własne wyniki stosowania uśpienia avertinowego oraz omawiają szczegółowo całe północno-amerykańskie piśmiennictwo dotyczące Avertiny. Spostrzeżenia autorów dotyczą okresu od kwietnia 1930 r. do lipca 1931; własny ich materjał składa się z obserwacyj przebiegu uśpienia 225 chorych, których usypiano 314 razy. W 3,5% przypadków uśpienie Avertiną zawiodło. Narkozę całkowitą bez dodawania eteru osiągnięto u czwartej części chorych. U dwóch chorych dotkniętych tężcem i u 1 chorego z pląsawicą stosowano Avertinę dla utrzymania stałego stanu uśpienia. Przypadków pooperacyjnego zapalenia płuc nie spostrzegano ani razu. Wymiotowało tylko 30% chorych. Przypadku śmierci, któraby można było uzależnić od zastosowania Avertiny, w piśmiennictwe amerykańskiem nie notowano.

Dr. E. F. Goldschmidt i S. C. Harvey,
Oddz. chir. Uniw. Yale, School of Medicine, New Haven, Conn.
(Klin. Wschr. 1932, Nr. 1 i 2).

Podstawowe uśpienie Avertiną.

Przed uśpieniem podaje się chorym morfinę i atropinę. Przeciętna dawka dla uśpienia podstawowego wynosi 0,09 g Avertiny na kg wagi. Następnie dodaje się eteru, N_2O lub etylenu. W poszczególnych przypadkach dodawano do lawatywy avertinowej 0,05 Ephedriny, co zmniejszało spadek ciśnienia tętniczego. Przebieg uśpienia zawsze był bardzo dobry. Ani razu nie spostrzegano żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego ani powikłań. Autor w stanowczy sposób przestrzega przed kombinacją Avertiny ze znieczuleniem lędźwiowem z powodu, że oba te czynniki obniżają ciśnienie krwi. Przy ew. zaburzeniach oddechowych bardzo dobrze działają dożylne ew. również i domięśniowe wstrzykiwania Coraminy.

Dr. Widenhorn, Fryburg w Bawarji.
Anesth. u. Analges., 1932, tom 11

Przyczynek do vasografji.

30—40%-owe roztwory Abrodilu pozwalają na wyraźne rentgenologiczne uwidocznienie miejsc zakrzepu lub zatoru w tętnicach i żyłach kończyn psów. *Schüller* i klinicyści wiedeńscy donoszą nawet o pomyślnych wynikach terapeutycznych wstrzykiwań dotętniczych, dokonywanych dla celów rozpoznawczych. Dotychczas nie można jeszcze powiedzieć, czy to działanie lecznicze zależy od zawartości jodu, od stosunków ciśnienia osmotycznego, czy też wchodzą tu w rachubę jeszcze inne czynniki. Na podstawie jednak dotychczasowych licznych już spostrzeżeń autor wyraża przekonanie, że w odpowiednich przypadkach, a zwłaszcza w zgorzeli młodzieńczej, chirurg przed zwróceniem się do zabiegu chirurgicznego powinien koniecznie wypróbować zabiegów zachowawczych, a wśród nich przedewszystkiem arterjografji abrodilowej. Być może, że wstrzyknięcie Abrodilu do tętnicy uchroni niejednego pacjenta od ciężkiego kalectwa.

Dr. T. Wohlleben, Klin. Chir. Uniw. w Kilonji.

(Dtsch. Zschr. Chir., 1932, tom 235).

Próby pyelografji per rectum.

Wolke podawał dla celów pyelografji kontrastowej 4 czopki Abrodilu o następującym składzie:

Abrodil	2,0
Gelatin. pulv.	2,0
Aq. dest.	0,5
Glycerini	0,8

Spostrzeżenia autora opierają się na 50 przypadkach. Wchłanianie odbywa się stosunkowo szybko, tak że prawie w 90% przypadków udawało się otrzymać dobre pyelogramy.

Dr. K. Wolke.

(Acta Radiologica, 1931, tom 12, Nr. 69).

Zakłócanie spokoju nocnego przez niemowlę.

Sześciomiesięczne niemowlę stale budzi w nocy swych rodziców. Niemowlę krzyczy, płacze lub gaworzy sobie radośnie, a śpi bardzo mało. Jest to neuropatyczne i źle chowane dziecko. Leczenie polegało na podawaniu w ciągu 8 — 10 dni środków nasennych: wieczorem 2 Luminaletki lub Adalina (1/2 — 3/4 tabletki).

Terapja ta została uwieńczona całkowitem powodzeniem. Dziecko śpi spokojnie i nie budzi rodziców.

Prof. D. L. F. Meyer, Berlin.

(Kinderärztl. Praxis, 1932, Nr. 5).

O leczeniu chorób gorączkowych Pyramidonem.

Wpływ Pyramidonu na gorączkowe choroby zakaźne w podostrym i przewlekłym okresie polega na przestrojeniu odczynu tkankowego. Za dowód tego przestrojenia może posłużyć zmiana zawartości i rodzaju komórek w pęcherzu kantarydynowym, zachodząca pod wpływem uprzedniego podawania Pyramidonu. Oprócz jednorazowego „uderzenia pyramidonowego" *Kauffmann* podaje małe dawki przez dłuższy czas (10 razy dziennie po 0,1 g). Leczenie to okazuje się szczególnie skutecznem w przypadkach przewlekłych zapaleń płuc i przewlekłego zapalenia wsierdzia. Pyramidon obniża gorączkę, zmniejsza senność i zmęczenie i wpływa dodatnio na samopoczucie.

Dr. Kauffmann, Berlin.

(Med. Klin. 1932, Nr. 9).

O leczeniu periarthritis humeroscapularis wstrzykiwaniami Rivanolu.

W przypadkach ostrego lub przewlekłego zapalenia tkanek okołostawowych stawu ramieniowo-łopatkowego autor po uprzedniem miejscowem znieczuleniu zapomocą 80—100 cm^3 1⁰/₀₀-owego roztworu Pantocainy wstrzykiwał okołostawowo 30 — 60 cm^3 1⁰/₀₀-owego roztworu Rivanolu. Gdy mija okres znieczulenia, bóle chwilowo znowu powracają, lecz następnie staw odzyskuje swoją ruchomość; 39 z pośród 40 w ten sposób leczonych pacjentów odzyskało zdolność do pracy. Wobec tego, że w doświadczeniach na zwierzętach wykazano, iż wstrzykiwania Rivanolu wywołują stan zapalny, autor ujmuje powyższy sposób leczenia jako miejscową terapję bodźcową.

Dr. Hempel, Hamburg.

(Zbl. Chir. 1932, Nr. 2)

ODEZWA.

XIV ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

Komitet organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu czyni usilne starania w tym celu, by Zjazd ten nabrał charakteru *Sejmu naukowego Polski*, gdzie wszystkie gałęzie ścisłej wiedzy i jej zastosowań byłyby reprezentowane.

Rozrastająca się coraz pomyślniej Ojczyzna nasza jako potęga światowa nakłada na polskich uczonych zaszczytny obowiązek zbiorowej, harmonijnej współpracy, tak, by w ogólnym wyścigu pracy Nauka polska nie pozostała w tyle.

Takim dniem godowym, dniem przeglądu dorobku naszego na okres ostatnich czterech lat, winien być nasz *XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich*, który odbędzie się *w Poznaniu w dniach 12 — 15 września 1933 r.*

Protektorat nad Zjazdem raczył najłaskawiej objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Prof. Dr. Ignacy Mościcki.

My, pracownicy na niwie nauk przyrodniczych i lekarskich, przyczyńmy się do wielkiego dzieła, któreby godnie mogło świadczyć o rozroście Nauki Ojczystej. Niech obcym otworzy oczy na jej prospektywne znaczenie, a nas podnieci do rozwijania jej prospektywnej mocy.

Zgodnie z życzeniem Stałej Delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich zwracamy się z apelem do wszystkich towarzystw przyrodniczych, lekarskich, farmaceutycznych, weterynaryjnych, rolniczych i leśniczych w kraju, by ich Walne Zebrania, przypadające na rok 1933, odbywały się w ramach Zjazdu w charakterze jego sekcyj.

Wszystkie bez wyjątku dziedziny nauk przyrodniczych winny być na Zjeździe reprezentowane.

Niech nie braknie nikogo z pośród pracowników naukowych!

Niech Zjazd nasz będzie prawdziwem Świętem Nauki Polskiej!

KOMITET ORGANIZACYJNY ZJAZDU:

Prof. Dr. *Adam Karwowski*, Przewodniczący Komitetu, 27 Grudnia 18, tel. 38-24.

Prof. Dr. *Jan Grochmalicki*, zast. przewodniczącego, Libelta 14.

Prof. Dr. *Antoni Jakubowski*, sekretarz grupy sekcyj przyrodniczych, Libelta 13, tel. 58-90, zakład 27-41.

Prof. Dr. *Karol Jonscher*, sekretarz grupy sekcyj lekarskich, Marji Magdaleny 3, tel. 14-43.

Dr. *Władysław Ossowski*, skarbnik, Pocztowa 29, tel. 54-05.

Dr. *Józef Jagielski*, przew. Komisji Informacyjno-Mieszkaniowej, Plac Wolności 10, tel. 50-20.

Dr. *Romuald Edward Matuszewski*, Przewodn. Komisji Naukowo-Wystawowej, W. Garbary 40, tel. 14-80.

Prof. Dr. *Alfred Denizet*, Przew. Sekcji Towarzyskiej, Kolejowa 29, tel. 65-23.

Dr. *Zygmunt Dymiński*, Przew. Sekcji Towarzyskiej, Al. Marcinkowskiego 11, tel. 34-85.

Prof. Dr. *Paweł Gantkowski*, Przew. Sekcji Wycieczkowej, Wały Leszczyńskiego 6, tel. 16-49.

Prof. Dr. *Stanisław Pawłowski*, Przew. Sekcji Wycieczkowej, Asnyka 3, tel. 65-12.

WSKAZÓWKI DLA ZGŁASZAJĄCYCH WYKŁADY:

1. Ostateczny termin zgłaszania referatów ustala się na dzień 1 kwietnia 1933 r.

2. Tytuły wszystkich odczytów muszą być podane w języku polskim i francuskim.

3. Zgłaszający temat winni przesłać do dnia 1 lipca 1933 r. na ręce gospodarzy sekcyj krótkie streszczenie swego wykładu, nie przekraczające 15—20 wierszy druku, które sekcje w miarę możności wydadzą drukiem przed Zjazdem i roześlą, tak, by członkowie sekcyj jeszcze przed przybyciem do Poznania mogli się z treścią wykładów zapoznać.

4. Streszczenia te w sekcjach lekarskich muszą być pisane w języku polskim i francuskim, a to ze względu na współudział gości słowiańskich i zagranicznych wogóle.

5. Streszczenia referatów przeznaczone do Pamiętnika, z krótkiem *resumé* w języku francuskim, nie mogą przekraczać dwóch stron druku dużej ósemki i winny być oddane sekretarzom sekcyj przed wygłoszeniem odczytu.

Zgłoszenia późniejsze nie będą uwzględnione w Pamiętniku.

Komitet organizacyjny Zjazdu

Od Redakcji.

Proszono nas o zamieszczenie następującego zawiadomienia:

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.

Dla leczenia siarkowego wszystkich samoistnych i zakaźnych schorzeń skórnych płynny preparat siarkowy

MITIGAL



Znakomity wpływ na uśmierzenie swędzenia.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Flaszki po 75 g zł. 5.45

" " 150 " " 8.55

Dla leczenia rzeżączki tylko

Protargol

Znaczne działanie na warstwy głębokie, zupełny brak działania drażniącego.

Wypróbowany od przeszło 30 lat na całym świecie.

Żadne naśladownictwa lub namiastki nie dorównywują znakomitemu działaniu leczniczemu oryginalnego Protargolu.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Flakony po 10, 25, 50 i 100 g

BAYER

»Bayer-Meister Lucius«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.